ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MEDICALES.

533.50

ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

SOUS LA DIRECTION DE M. LE DOCTEUR FLORENT CUNIER,

RÉDACTEUR EN CHEF DU BULLETIN MÉDICAL BELGE ET DES ANNALES D'OCULISTIQUE.

QUATRIÈME SÉRIE. — TOME HUITIÈME.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1841.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

4e Série. OCTOBRE. — 1841. Vol. VIII. N° 1.

A. Reproduction et Revue des Journaux belges et étrangers.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES.

1. *Leçon de clôture du cours de chimie organique, professé à la Faculté de médecine ;* par M. Dumas (1).

Messieurs,

Parmi les phénomènes de la vie dont vous êtes appelés à sonder les douloureux mystères, il en est qui se rattachent manifestement aux forces que la nature brute met elle-même en jeu, d'autres qui émanent d'une source plus élevée, moins accessible aux hardiesses de la pensée.

Il ne m'appartenait pas de jeter avec vous un regard curieux sur toute cette partie de vos études où viennent se ranger les faits qui se rapportent à l'exercice normal ou irrégulier des instincts de la vie. A plus forte raison n'avons-nous jamais eu à nous entretenir de ces nobles facultés par lesquelles l'intelligence humaine, maîtrisant tout ce qui l'entoure, brisant tous les obstacles, pliant toutes les forces naturelles à ses besoins, s'est emparée peu à peu de la terre, des mers, du globe tout entier : vaste domaine que nos souvenirs, que nos pressentiments peut-être, nous font si souvent considérer pourtant comme une prison trop étroite.

A d'autres, plus heureux, le soin de vous initier à ces graves études, le privilége de développer devant vous ces nobles pensées ; notre tâche, plus humble, doit se renfermer dans le champ des phénomènes physiques de la vie, et encore en est-il qui n'ont pas dû trouver place dans nos leçons.

C'est surtout, en effet, le rôle de la matière dans la production et l'accroissement des êtres organisés, la part qu'elle prend à l'accomplissement des phénomènes de leur existence journalière, les altérations qu'elle éprouve après leur mort, que nous avions à étudier ensemble, et cette étude a bien suffi à elle seule à nos préoccupations de cette année.

Les plantes, les animaux, l'homme, renferment de la matière. D'où vient-elle? Que fait-elle dans leurs tissus et dans ces liquides qui les baignent? Où va-t-elle quand la mort brise les liens par lesquels ses diverses parties étaient si étroitement unies ?

Voilà les questions que nous avons abordées ensemble, avec hésitation d'abord, car le problème pouvait être bien au-dessus des forces de la chimie moderne ; puis avec un peu plus de confiance, quand nous avons senti, à cet accord facile et secret de nos intelligences, que la route était sûre et que nous pouvions en voir le but se dégageant peu à peu de tous les obstacles. Si de ce travail auquel vous avez assisté, auquel vous avez pris part, dois-je dire plutôt, si de cet effort scientifique sont sorties quelques vues générales, quelques formules simples, je devais m'en faire l'historien; mais laissez-moi le plaisir

(1) M. le professeur Dumas a bien voulu nous communiquer la leçon qu'il a lue à la Faculté de médecine pour clore cette année son cours de chimie organique. Nos lecteurs nous sauront gré de la mettre sous leurs yeux ; ils admireront comme nous ce beau travail, qui peut être considéré comme une magnifique harmonie de la nature, du point de vue de la science.

(*Note de Rédacteur.*)

d'ajouter qu'elles vous appartiennent, qu'elles appartiennent à notre école, dont l'esprit est venu s'exercer sur ce terrain nouveau. C'est l'ardeur avec laquelle vous m'avez suivi dans cette carrière qui m'a donné la force de la parcourir ; c'est votre intérêt constant qui m'a soutenu, votre curiosité qui a éveillé la mienne, votre confiance qui m'a fait voir, qui me prouve en ce moment encore que nous sommes dans la route de la vérité.

Ces mots vous rappellent avec quel étonnement nous avons reconnu ensemble qu'à ces nombreux éléments de la chimie moderne, la nature organique n'en emprunte qu'un très-petit nombre ; qu'à ces matières végétales ou animales, maintenant multipliées à l'infini, la physiologie générale n'emprunte pas plus de dix à douze espèces, et que tous ces phénomènes de la vie, si compliqués en apparence, se rattachent, en ce qu'ils ont d'essentiel, à une formule générale si simple qu'en quelques mots on a, pour ainsi dire, tout énoncé, tout rappelé, tout prévu.

N'avons-nous pas constaté, en effet, par une foule de résultats, que les animaux constituent, au point de vue chimique, de véritables appareils de combustion au moyen desquels du carbone, brûlé sans cesse, retourne à l'atmosphère sous forme d'acide carbonique ; dans lesquels de l'hydrogène, brûlé sans cesse, de son côté, engendre continuellement de l'eau ; d'où enfin s'exhalent, sans cesse, de l'azote libre par la respiration, de l'azote à l'état d'ammoniaque par les urines ?

Ainsi, du règne animal, considéré dans son ensemble, s'échappent constamment de l'acide carbonique, de la vapeur d'eau, de l'azote et de l'ammoniaque, matières simples et peu nombreuses, dont la formation se rattache étroitement à l'histoire de l'air lui-même.

N'avons-nous pas constaté, d'autre part, que les plantes, dans leur vie normale, décomposent l'acide carbonique pour en fixer le carbone et en dégager l'oxygène ; qu'elles décomposent l'eau pour s'emparer de son hydrogène et pour en dégager aussi l'oxygène ; qu'enfin elles empruntent tantôt directement de l'azote à l'air, tantôt indirectement de l'azote à l'ammoniaque ou à l'acide nitrique, fonctionnant de tout point ainsi d'une manière inverse à celle qui appartient aux animaux ? Si le règne animal constitue un immense appareil de combustion, le règne végétal, à son tour, constitue donc un immense appareil de réduction, où l'acide carbonique réduit laisse son charbon, où l'eau réduite laisse son hydrogène, où l'oxyde d'ammonium et l'acide azotique réduits laissent leur azote.

Si les animaux produisent sans cesse de l'acide carbonique, de l'eau, de l'azote, de l'ammoniaque, les plantes consomment donc sans cesse de l'ammoniaque, de l'azote, de l'eau, de l'acide carbonique. Ce que les uns donnent à l'air, les autres le reprennent à l'air, de sorte qu'à prendre ces faits au point de vue le plus élevé de la physique du globe, il faudrait dire qu'en ce qui touche leurs éléments vraiment organiques, les plantes, les animaux dérivent de l'air, ne sont que de l'air condensé, et que, pour se faire une idée juste et vraie de la constitution de l'atmosphère aux époques qui ont précédé la naissance des premiers êtres organisés à la surface du globe, il faudrait rendre à l'air, par le calcul, l'acide carbonique et l'azote dont les plantes et les animaux se sont approprié les éléments.

Les plantes et les animaux viennent donc de l'air et y retournent donc ; ce sont de véritables dépendances de l'atmosphère.

Les plantes reprennent donc sans cesse à l'air ce que les animaux lui fournissent, c'est-à-dire du charbon, de l'hydrogène et de l'azote, ou plutôt de l'acide carbonique, de l'eau et de l'ammoniaque.

Reste à voir maintenant comment, à leur tour, les animaux se procurent ces éléments qu'ils restituent à l'atmosphère, et l'on ne peut voir, sans admiration pour la simplicité sublime de toutes ces lois de la nature, que les animaux empruntent toujours ces éléments aux plantes elles-mêmes.

Nous avons reconnu, en effet, par des résultats de toute évidence, que les animaux ne créent pas de véritables matières organiques, mais qu'ils les détruisent ; que les plantes, au contraire, créent habituellement ces mêmes matières, et qu'elles n'en détruisent que peu, et pour des conditions particulières et déterminées.

Ainsi, c'est dans le règne végétal que réside le grand laboratoire de la vie organique ; c'est là que les matières végétales et animales se forment, et elles s'y forment aux dépens de l'air.

Des végétaux, ces matières passent toutes formées dans les animaux herbivores, qui en détruisent une partie et qui accumulent le reste dans leurs tissus.

Des animaux herbivores, elles passent toutes formées dans les animaux carnivores, qui en détruisent ou en conservent, selon leurs besoins.

Enfin, pendant la vie de ces animaux, ou après leur mort, ces matières organiques, à mesure qu'elles se détruisent, retournent à l'atmosphère, d'où elles proviennent.

Ainsi se ferme ce cercle mystérieux de la vie organique à la surface du globe. L'air contient ou engendre des produits oxydés, acide carbonique, eau, acide azotique, oxyde d'ammonium. Les plantes, véritables appareils réducteurs, s'emparent de leurs radicaux carbone, hydrogène, azote, ammonium. Avec ces radicaux, elles façonnent toutes les matières organiques ou organisables, qu'elles cèdent aux animaux. Ceux-ci, à leur tour, véritables appareils de combustion, reproduisent à leur aide l'acide carbonique, l'eau, l'oxyde d'ammonium et l'acide azotique, qui retournent à l'air pour reproduire de nouveau, et dans l'immensité des siècles, les mêmes phénomènes.

Et si l'on ajoute à ce tableau, déjà si frappant par sa simplicité et sa grandeur, le rôle incontesté de la lumière solaire, qui seule a le pouvoir de mettre en mouvement cet immense appareil, cet appareil inimité jusqu'ici, que le règne végétal constitue et où vient s'accomplir la réduction des produits oxydés de l'air, on sera frappé du sens profond de ces paroles de Lavoisier :

« L'organisation, le sentiment, le mouvement spontané, la vie, n'existent qu'à la surface de la terre et dans les lieux exposés à la lumière. On dirait que la fable du flambeau de Prométhée était l'expression d'une vérité philosophique qui n'avait

point échappé aux anciens. Sans la lumière la nature était sans vie, elle était morte et inanimée : un dieu bienfaisant, en apportant la lumière, a répandu sur la surface de la terre l'organisation, le sentiment et la pensée. »

Ces paroles sont aussi vraies qu'elles sont belles. Si le sentiment et la pensée, si les plus nobles facultés de l'âme et de l'intelligence ont besoin, pour se manifester, d'une enveloppe matérielle, ce sont les plantes qui sont chargées d'en ourdir la trame, avec des éléments qu'elles empruntent à l'air et sous l'influence de la lumière que le soleil, où en est la source inépuisable, verse constamment et par torrents à la surface du globe.

Et, comme si dans ces grands phénomènes tout devait se rattacher aux causes qui en paraissent le moins proches, il faut remarquer encore comment l'oxyde d'ammonium, l'acide azotique auxquels les plantes empruntent une partie de leur azote, dérivent eux-mêmes presque toujours de l'action des grandes étincelles électriques qui éclatent dans les nuées orageuses, et qui, sillonnant l'air sur une grande étendue, y produisent l'azotate d'ammoniaque que l'analyse y décèle.

Ainsi, des bouches de ces volcans, dont les convulsions agitent si souvent la croûte du globe, s'échappe sans cesse la principale nourriture des plantes, l'acide carbonique; de l'atmosphère enflammée par les éclairs, et du sein même de la tempête descend sur la terre cette autre nourriture non moins indispensable des plantes, celle d'où vient presque tout leur azote, le nitrate d'ammoniaque, que renferment les pluies d'orage.

Ne dirait-on pas comme un souvenir de ce chaos dont parle la Bible, de ces temps de désordre et de tumulte des éléments qui ont précédé l'apparition des êtres organisés sur la terre?

Mais à peine l'acide carbonique et l'azotate d'ammoniaque sont-ils formés, qu'une force plus calme, quoique non moins énergique, vient les mettre en jeu, c'est la lumière. Par elle, l'acide carbonique cède son carbone, l'eau son hydrogène, l'azotate d'ammoniaque son azote. Ces éléments s'associent, les matières organisées se forment, et la terre revêt son riche tapis de verdure.

C'est donc en absorbant sans cesse une véritable force, la lumière et la chaleur émanées du soleil, que les plantes fonctionnent et qu'elles produisent cette immense quantité de matière organisée ou organique, pâture destinée à la consommation du règne animal.

Et si nous ajoutons que les animaux produisent de leur côté de la chaleur et de la force, en consommant ce que le règne végétal a produit et a lentement accumulé, ne semble-t-il pas que la fin dernière de tous ces phénomènes, que leur formule la plus générale se révèle à nos yeux?

L'atmosphère nous apparaît comme renfermant les matières de toute l'organisation; les volcants et les orages, comme les laboratoires où se sont façonnés d'abord l'acide carbonique et l'azotate d'ammoniaque dont la vie avait besoin pour se manifester.

A leur aide, la lumière vient développer le règne végétal, producteur immense de matière organique. Les plantes absorbent la force chimique qui leur vient du soleil pour décomposer l'acide carbonique, l'eau et l'azotate d'ammoniaque, comme si les plantes réalisaient un appareil réductif supérieur à tous ceux que nous connaissons; car aucun d'eux ne décomposerait l'acide carbonique à froid.

Viennent ensuite les animaux consommateurs de matière et producteurs de chaleur et de force, véritables appareils de combustion. C'est en eux que la matière organisée revêt sa plus haute expression sans doute; mais ce n'est pas sans en souffrir qu'elle devient l'instrument du sentiment et de la pensée; sous cette influence, la matière organisée se brûle, et, en produisant cette chaleur, cette électricité, qui font notre force et qui en mesurent le pouvoir, ces matières organisées ou organiques s'anéantissent pour retourner à l'atmosphère d'où elles sortent.

L'atmosphère constitue donc le chaînon mystérieux qui lie le règne végétal au règne animal.

Les végétaux absorbent donc de la chaleur et accumulent donc de la matière qu'ils savent organiser.

Les animaux par lesquels cette matière organisée ne fait que passer la brûlent ou la consomment pour produire à son aide la chaleur et les diverses forces que leurs mouvements mettent à profit.

Comme si, empruntant aux sciences modernes une image assez grande pour supporter la comparaison avec ces grands phénomènes, comme si nous assimilions les végétaux actuels, véritable magasin où s'alimente la vie animale, à cet autre magasin de charbon que constituent les anciens dépôts de houille, et qui, brûlé par le génie de Papin et de Watt, vient produire aussi de l'acide carbonique, de l'eau, de la chaleur, du mouvement, on dirait presque de la vie et de l'intelligence.

Comme si nous disions que le règne végétal constitue un immense dépôt de combustible destiné à être consommé par le règne animal, et où ce dernier trouve la source de la chaleur et des forces locomotives qu'il met à profit.

Ainsi un lien commun entre les deux règnes, l'atmosphère; quatre éléments dans les plantes et les animaux, le carbone, l'hydrogène, l'azote et l'oxygène; un très-petit nombre de formes sous lesquelles les végétaux les accumulent, sous lesquelles les animaux les consomment; quelques lois très-simples que leur enchaînement simplifie encore : tel serait le tableau de l'état de la chimie organique la plus élevée, et qui résulterait de nos conférences de cette année.

Vous avez compris, comme moi, qu'avant de nous séparer nous avions besoin de nous recueillir en nous-mêmes, de préciser tous les faits, de rapprocher et de résumer les opinions qui expliquent et développent ces grands principes; enfin, qu'il était utile à vos études futures de vous donner par écrit, et sous une forme plus nette, l'expression de ces vues nées en partie sous l'excitation de vos regards, et par conséquent formulées avec l'hésitation qui accompagne si souvent le premier jet de toutes nos pensées.

—

Puisque tous les phénomènes de la vie s'exercent sur des matières qui ont pour base le carbone, l'hydrogène, l'azote, l'oxygène; puisque ces matières passent du règne animal au règne végétal par des formes intermédiaires, l'acide carbonique, l'eau et l'ammoniaque; puisqu'enfin l'air est la source où le règne végétal s'alimente, qu'il est le réservoir dans lequel le règne animal vient s'anéantir, nous sommes conduits à étudier rapidement ces divers corps au point de vue particulier de la physiologie générale.

Composition de l'eau.

L'eau se forme et se décompose sans cesse dans les animaux et les plantes; pour apprécier ce qui en résulte, voyons d'abord quelle est sa composition.

Des expériences fondées sur la combustion directe de l'hydrogène, et où j'ai produit plus d'un kilogramme d'eau artificielle, très-difficiles, très-délicates, il est vrai, mais dont les erreurs seraient, du reste, sans importance pour les circonstances qui nous occupent, rendent très-probable que l'eau est formée, en poids,

de 1 partie d'hydrogène,
et 8 parties oxygène,

et que ces nombres entiers et simples expriment le véritable rapport suivant lequel se combinent ces deux éléments pour constituer l'eau.

Comme les matières se représentent toujours aux yeux du chimiste par des molécules, comme il cherche toujours à rattacher dans sa pensée, au nom même de chaque matière, le poids de la molécule, la simplicité de ce rapport n'est pas sans quelque importance.

En effet, chaque molécule d'eau se trouvant formée d'une molécule d'hydrogène et d'une molécule d'oxygène, on arrive à ces nombres simples qui ne s'oublient plus.

Une molécule d'hydrogène pèse 1; une molécule d'oxygène pèse 8, et une molécule d'eau pèse 9.

Composition de l'acide carbonique.

L'acide carbonique se produit sans cesse dans les animaux et se décompose sans cesse dans les plantes; sa composition méritait donc une attention spéciale à son tour.

Or, l'acide carbonique, comme l'eau, se représente par les nombres les plus simples.

Des expériences fondées sur la combustion directe du diamant et sur sa conversion en acide carbonique m'ont prouvé que cet acide se forme de la combinaison de six parties en poids de carbone pour seize parties en poids d'oxygène.

On est donc conduit à se représenter l'acide carbonique comme étant formé d'une molécule de carbone pesant 6, pour deux molécules d'oxygène pesant 16, ce qui constituerait une molécule d'acide carbonique pesant 22.

Composition de l'ammoniaque.

Enfin, l'ammoniaque, à son tour, semble formé en nombres entiers de trois parties d'hydrogène pour quatorze d'azote, ce qui peut se représenter par trois molécules d'hydrogène pesant 3 et par une molécule d'azote pesant 14.

Ainsi, comme pour montrer mieux toute sa puissance, la nature n'opère, quand il s'agit de l'organisation, que sur un très-petit nombre d'éléments combinés dans les rapports les plus simples.

Tout le système atomique du physiologiste roule sur ces quatre nombres 1, 6, 7, 8.

1 C'est la molécule d'hydrogène;
6 Celle du carbone;
7 Ou deux fois 7, c'est-à-dire 14, celle de l'azote;
8 Celle de l'oxygène.

Qu'il rattache toujours ces nombres à ces noms, car pour le chimiste il ne saurait exister ni hydrogène, ni carbone, ni azote, ni oxygène abstraits. Ce sont ces êtres dans leur réalité qu'il a toujours en vue; c'est de leurs molécules qu'il parle toujours, et pour lui le mot hydrogène peint une molécule qui pèse 1, le mot carbone une molécule qui pèse 6, et le mot oxygène une molécule qui pèse 8.

Composition de l'air.

L'air atmosphérique, qui joue un si grand rôle dans la nature organique, possède-t-il aussi une composition simple comme l'eau, l'acide carbonique et l'ammoniaque? Telle est la question que nous avons récemment étudiée, M. Boussingault et moi. Or, nous avons trouvé, comme le pensaient le plus grand nombre des chimistes, et contrairement à l'opinion du docteur Prout, à qui la chimie doit tant de vues ingénieuses, que l'air est un mélange, un véritable mélange.

En poids l'air renferme 2,300 d'oxygène pour 7,700 d'azote; en volume 208 du premier pour 792 du second.

L'air renferme, en outre, de $\frac{4-6}{10000}$ d'acide carbonique en volume, soit qu'on le prenne à Paris, soit qu'on le prenne à la campagne. Terme moyen, il en renferme $\frac{4}{10500}$.

De plus, il contient une quantité presque égale de ce gaz hydrogène carboné qu'on nomme gaz des marais, et que les eaux stagnantes laissent dégager à chaque instant.

Nous ne parlons pas de la vapeur aqueuse si variable, de l'ammoniaque et de l'acide azotique qui ne peuvent avoir dans l'air qu'une existence momentanée à raison de leur solubilité dans l'eau.

L'air constitue donc un mélange d'oxygène, d'azote, d'acide carbonique et de gaz des marais.

L'acide carbonique y varie, et même beaucoup, puisque les différences y sont du simple au double, de $\frac{4-6}{10000}$. N'est-ce pas la preuve que les plantes lui enlèvent cet acide carbonique et que les animaux lui en reprennent? n'est-ce pas, en un mot, la preuve de cet équilibre des éléments de l'air, attribué aux actions inverses que les animaux et les plantes produisent sur lui?

Il y a longtemps, en effet, qu'on l'a remarqué : les animaux empruntent à l'air son oxygène et lui

rendent de l'acide carbonique; les plantes, à leur tour, décomposent cet acide carbonique pour en fixer le carbone, et restituent son oxygène à l'air.

Comme les animaux respirent toujours, comme les plantes ne respirent que sous l'influence solaire, comme en hiver la terre est dépouillée, tandis qu'en été elle est couverte de verdure, on a cru que l'air devait traduire toutes ces influences dans sa constitution.

L'acide carbonique devait augmenter la nuit et diminuer le jour. L'oxygène, à son tour, devait suivre une marche inverse.

L'acide carbonique devait aussi suivre le cours des saisons et l'oxygène subir le même sort.

Tout cela est vrai, sans doute, et très-sensible pour une portion d'air limitée et confinée sous une cloche; mais dans la masse de l'atmosphère toutes ces variations locales se confondent et disparaissent. Il faut des siècles accumulés pour que cette balance des deux règnes au sujet de la composition de l'air puisse être mise en jeu d'une manière efficace et nécessaire; nous sommes donc bien loin de ces variations journalières ou annuelles qu'on était disposé à regarder comme aussi faciles à observer qu'à prévoir.

Relativement à l'oxygène, le calcul montre qu'en exagérant toutes les données il ne faudrait pas moins de 800,000 années aux animaux vivant à la surface de la terre pour le faire disparaître en entier.

Par conséquent, si l'on supposait que l'analyse de l'air eût été faite en 1800, et que pendant tout le siècle les plantes eussent cessé de fonctionner à la surface du globe entier, tous les animaux continuant d'ailleurs à vivre, les analystes, en 1900, trouveraient l'oxygène de l'air diminué de $\frac{1}{8000}$ de son poids, quantité qui est inaccessible à nos méthodes d'observation les plus délicates, et qui, à coup sûr, n'influerait en rien sur la vie des animaux ou des plantes.

Ainsi, nous ne nous y tromperons pas, l'oxygène de l'air est consommé par les animaux, qui le convertissent en eau et en acide carbonique. Il est restitué par les plantes, qui décomposent ces deux corps.

Mais la nature a tout disposé pour que le magasin d'air fût tel, relativement à la dépense des animaux, que la nécessité de l'intervention des plantes pour la purification de l'air ne se fît sentir qu'au bout de quelques siècles.

L'air qui nous entoure pèse autant que 581,000 cubes de cuivre d'un kilomètre de côté. Son oxygène pèse autant que 134,000 de ces mêmes cubes. En supposant la terre peuplée de mille millions d'hommes, et en portant la population animale à une quantité équivalente à trois mille millions d'hommes, on trouverait que ces quantités réunies ne consomment en un siècle qu'un poids d'oxygène égal à 15 ou 16 kilomètres cubes de cuivre, tandis que l'air en renferme 134,000.

Il faudrait 10,000 années pour que tous ces hommes pussent produire sur l'air un effet sensible à l'eudiomètre de Volta, même en supposant la vie végétale anéantie pendant tout ce temps.

En ce qui concerne la permanence de la composition de l'air, nous pouvons dire en toute assurance que la proportion d'oxygène qu'il renferme est garantie pour bien des siècles, même en supposant nulle l'influence des végétaux, et que néanmoins ceux-ci lui restituent sans cesse de l'oxygène en quantité au moins égale à celle qu'il perd et peut-être supérieure; car les végétaux vivent tout aussi bien aux dépens de l'acide carbonique fourni par les volcans, qu'aux dépens de l'acide carbonique fourni par les animaux eux-mêmes.

Ce n'est donc pas pour purifier l'air que ceux-ci respirent que les végétaux sont surtout nécessaires aux animaux; c'est pour leur fournir surtout et incessamment de la matière organique toute prête à l'assimilation, de la matière organique qu'ils puissent brûler à leur profit.

Il y a donc un service nécessaire sans doute, mais si éloigné que notre reconnaissance en est bien petite, que les végétaux nous rendent en purifiant l'air que nous consommons. Il en est un autre tellement prochain que si, pendant une seule année, il nous faisait défaut, la terre en serait dépeuplée, c'est celui que ces mêmes végétaux nous rendent en préparant notre nourriture et celle de tout le règne animal. C'est en cela surtout que réside cet enchaînement des deux règnes. Supprimez les plantes, et les animaux périssent tous d'une affreuse disette, et la nature organique elle-même disparaît tout entière avec eux en quelques saisons.

Cependant, avons-nous dit, l'acide carbonique varie de $\frac{4-6}{10000}$. Ces variations sont très-faciles à observer et très-fréquentes. N'est-ce pas là un phénomène qui accuse l'influence des animaux qui introduisent cet acide dans l'air et celle des végétaux qui le lui enlèvent?

Non, vous le savez, ce phénomène est un simple phénomène météorologique. Il en est de l'acide carbonique comme de la vapeur aqueuse, qui se forme à la surface des mers, pour se condenser ailleurs, retomber en pluie et se reproduire encore sous forme de vapeur.

Cette eau qui se condense et tombe dissout et entraîne l'acide carbonique; cette eau qui s'évapore abandonne ce même gaz à l'air.

Il y aurait donc un grand intérêt météorologique à mettre en regard les variations de l'hygromètre et celles des saisons ou de l'état du ciel avec les variations de l'acide carbonique de l'air; mais jusqu'ici tout tend à montrer que ces variations rapides constituent un simple événement météorologique, et non pas, comme on l'avait pensé, un événement physiologique qui, considéré isolément, produirait à coup sûr des variations infiniment plus lentes que celles qu'on observe en réalité tant dans les villes qu'à la campagne elle-même.

Ainsi l'air est un immense réservoir où les plantes peuvent longtemps puiser tout l'acide carbonique nécessaire à leurs besoins, où les animaux, pendant bien plus longtemps encore, trouveront tout l'oxygène qu'ils peuvent consommer.

C'est aussi dans l'atmosphère que les plantes puisent leur azote, soit directement, soit indirectement; c'est là que les animaux le restituent en définitive.

L'atmosphère est donc un mélange qui reçoit et fournit sans cesse de l'oxygène, de l'azote ou de

l'acide carbonique, par mille échanges dont il est maintenant facile de se former une juste idée, et dont une analyse rapide va nous permettre d'apprécier les détails.

Que l'on jette une graine en terre et qu'on la laisse germer et se développer, qu'on suive la plante jusqu'à ce qu'elle ait porté fleurs et graines, et l'on verra, par des analyses convenables, que la graine primitive, en produisant le nouvel être, a fixé du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène, de l'azote et des cendres.

Carbone.

Le carbone provient essentiellement de l'acide carbonique, soit qu'il ait été emprunté à l'acide carbonique de l'air, soit qu'il provienne de cette autre partie d'acide carbonique, que la décomposition spontanée des engrais développe sans cesse au contact des racines.

Mais c'est dans l'air surtout que le plus souvent les plantes puisent leur carbone. Comment en serait-il autrement quand on voit l'énorme quantité de carbone qu'ont su s'approprier des arbres séculaires, par exemple, et l'espace si limité pourtant dans lequel leurs racines peuvent s'étendre? A coup sûr, quand a germé le gland qui a produit, il y a cent ans, le chêne qui fait notre admiration maintenant, le terrain sur lequel il était tombé ne renfermait pas la millionième partie du charbon que le chêne renferme aujourd'hui. C'est l'acide carbonique de l'air qui a fourni le reste, c'est-à-dire la masse à peu près entière.

Mais quoi de plus clair et de plus concluant d'ailleurs que cette expérience de M. Boussingault, où des pois semés dans du sable, arrosés d'eau distillée et alimentés d'air seulement, ont trouvé dans cet air tout le carbonne nécessaire pour se développer, fleurir et fructifier?

Toutes les plantes fixent du carbone, toutes l'empruntent à l'acide carbonique, soit que celui-ci soit pris directement à l'air par les feuilles, soit que les racines puisent dans la terre les eaux pluviales imprégnées d'acide carbonique, soit que les engrais, en se décomposant dans le sol, fournissent de l'acide carbonique dont les racines s'emparent aussi pour le transporter aux feuilles.

Tous ces résultats se constatent sans peine. M. Boussingault a vu des feuilles de vigne enfermées dans un ballon prendre tout l'acide carbonique de l'air qu'on dirigeait au travers de ce vase, quelque rapide que fût le courant. M. Boucherie a vu à son tour s'échapper du tronc coupé des arbres en pleine sève des quantités énormes d'acide carbonique évidemment aspiré du sol par les racines.

Mais si les racines puisent dans le sol cet acide carbonique; si celui-ci passe dans la tige et de là dans les feuilles, il finira par s'exhaler dans l'atmosphère sans altération, si aucune force nouvelle n'intervient.

Tel est le cas des plantes végétant à l'ombre ou dans la nuit. L'acide carbonique du sol filtre au travers de leurs tissus et se répand dans l'air. On dit que les plantes produisent de l'acide carbonique pendant la nuit; il faut dire que les plantes, en pareil cas, laissent passer de l'acide carbonique emprunté au sol.

Mais que cet acide carbonique venant du sol, ou pris à l'atmosphère, se trouve en contact avec des feuilles ou des parties vertes, que la lumière solaire intervienne d'ailleurs, et alors la scène change tout à coup.

L'acide carbonique disparaît. Des bulles déliées d'oxygène se développent sur tous les points de la feuille, et le carbone se fixe dans les tissus de la plante.

Chose bien digne d'intérêt, ces parties vertes des plantes, les seules qui jusqu'ici puissent manifester cet admirable phénomène de la décomposition de l'acide carbonique, sont aussi douées d'une autre propriété non moins spéciale, non moins mystérieuse.

En effet, vient-on à transporter leur image dans l'appareil de M. Daguerre, ces parties vertes ne s'y trouvent pas reproduites, comme si tous les rayons chimiques essentiels aux phénomènes daguerriens avaient disparu dans la feuille absorbés et retenus par elle.

Les rayons chimiques de la lumière disparaissent donc en entier dans les parties vertes des plantes; absorption extraordinaire sans doute, mais qu'explique sans peine la dépense énorme de force chimique nécessaire à la décomposition d'un corps aussi stable que l'acide carbonique.

Quel est d'ailleurs le rôle de ce carbone fixé dans la plante? A quoi est-il destiné? Pour la majeure partie sans doute il se combine à l'eau ou à ses éléments, donnant ainsi naissance à des matières de la plus haute importance pour le végétal.

Que douze molécules d'acide carbonique se décomposent et abandonnent leur oxygène et il en résultera douze molécules de carbone qui, avec dix molécules d'eau, pourront constituer, soit le tissu cellulaire des plantes, soit leur tissu ligneux, soit l'amidon et la dextrine qui en dérive.

Ainsi, dans une plante quelconque, la masse presque entière de la charpente, formée comme elle l'est par du tissu cellulaire, du tissu ligneux, de l'amidon ou des matières gommeuses, se représentera par douze molécules de charbon unies à dix molécules d'eau.

Le ligneux insoluble dans l'eau, l'amidon qui fait empois dans l'eau bouillante, et la dextrine qui se dissout si bien dans l'eau à froid ou à chaud, constituent donc, comme l'a si bien prouvé M. Payen, trois corps doués exactement de la même composition, mais diversifiés par un arrangement moléculaire différent.

Ainsi, avec les mêmes éléments, dans les mêmes proportions, la nature végétale produit, ou bien les parois insolubles des cellules du tissu cellulaire et des vaisseaux, ou bien l'amidon qu'elle accumule comme aliment autour des bourgeons et des embryons, ou bien la dextrine soluble que la sève peut transporter d'une place à l'autre pour les besoins de la plante.

Admirable fécondité, qui sait du même corps en faire trois différents, et qui permet de les transmuter l'un en l'autre avec la plus faible dépense de force toutes les fois que l'occasion l'exigent!

C'est encore au moyen du charbon uni à l'eau que se produisent les matières sucrées, si fréquemment déposées dans les organes des plantes pour des besoins spéciaux que nous rappellerons bientôt. Douze molécules de carbone et onze molécules d'eau forment le sucre de cannes; douze molécules de carbone et quatorze molécules d'eau font le sucre de raisin.

Ces matières ligneuses, amylacées, gommeuses et sucrées que le charbon, pris à l'état naissant, peut produire en s'unissant à l'eau, jouent un rôle si large dans la vie des plantes, qu'il n'est plus difficile de s'expliquer, quand on les prend en considération, le rôle important que joue dans les plantes la décomposition de l'acide carbonique.

Hydrogène.

De même que les plantes décomposent l'acide carbonique pour s'approprier son carbone et pour former avec celui-ci tous les corps neutres qui composent leur masse presque entière, de même, et pour certains produits qu'elles forment en moindre abondance, les plantes décomposent l'eau et en fixent l'hydrogène. C'est ce qui ressort clairement des expériences de M. Boussingault sur la végétation des pois en vaisseaux clos. C'est ce qui ressort plus clairement encore de la production des huiles grasses ou volatiles si fréquentes dans certaines parties des plantes et toujours si riches en hydrogène. Celui-ci ne peut venir que de l'eau, car la plante ne reçoit pas d'autre produit hydrogène que l'eau elle-même.

Ces corps hydrogénés, auxquels donne naissance la fixation de l'hydrogène emprunté à l'eau, servent dans les plantes à des usages accessoires. Ils constituent en effet les huiles volatiles qui servent de défense contre les ravages des insectes ; des huiles grasses ou des graisses dont la graine s'entoure, et qui servent à développer de la chaleur en se brûlant au moment de la germination; des cires dont les feuilles ou les fruits se revêtent pour devenir imperméables à l'eau.

Mais tous ces usages ne constituent que des accidents de la vie des plantes; aussi les produits hydrogénés sont-ils bien moins nécessaires, bien moins communs dans le règne végétal que les produits neutres formés de charbon et d'eau.

Azote.

Pendant sa vie, toute plante fixe de l'azote, soit qu'elle emprunte cet azote à l'atmosphère, soit qu'elle le prenne aux engrais. Dans les deux cas il est probable que l'azote n'arrive dans la plante et ne s'y utilise que sous forme d'ammoniaque ou d'acide azotique.

Les expériences de M. Boussingault ont prouvé que certaines plantes, comme les topinambours, empruntent à l'air une grande quantité d'azote ; que d'autres, comme le froment, ont, au contraire, besoin de tirer tout leur azote des engrais; distinction précieuse pour l'agriculture, car il faut évidemment dans toute culture commencer par produire ces végétaux qui s'assimilent l'azote de l'air, élever à leur aide des bestiaux qui fourniront des engrais et tirer parti de ces derniers pour la culture de certaines plantes qui ne savent prendre l'azote que dans les engrais eux-mêmes.

L'un des plus beaux problèmes de l'agriculture réside donc dans l'art de se procurer de l'azote à bon marché. Pour la carbone, il n'y a pas à s'en inquiéter, la nature y a pourvu ; l'air et l'eau pluviale y suffisent. Mais l'azote de l'air, celui que l'eau dissout et entraîne, les sels ammoniacaux que l'eau recèle elle-même, ne sont pas toujours suffisants. Pour la plupart des plantes de culture importante, il faut encore entourer leurs racines d'un engrais azoté, source permanente d'ammoniaque ou d'acide azotique dont la plante s'empare à mesure de leur production. C'est là, comme on sait, une des grandes dépenses de l'agriculture, un de ses grands obstacles, car elle ne retrouve que l'engrais qu'elle produit elle-même. Mais la chimie est assez avancée sur ce point pour que le problème de la production d'un engrais azoté purement chimique ne puisse tarder à être résolu.

M. Schattenman, M. Boussingault, M. Liebig ont fixé l'attention sur le rôle de l'ammoniaque dans les engrais azotés. Des essais récents montrent que l'acide azotique des azotates mérite aussi une attention particulière.

Mais à quoi sert donc cet azote, dont les plantes semblent avoir un besoin si impérieux ? Les recherches de M. Payen nous l'apprennent en partie; car elles ont prouvé que tous les organes de la plante sans exception commencent par être formés d'une matière azotée analogue à la fibrine, à laquelle viennent s'associer plus tard le tissu cellulaire, le tissu ligneux, le tissu amylacé lui-même. Cette matière azotée, véritable origine de toutes les parties de la plante, ne se détruit jamais ; on la retrouve toujours, quelque abondante que soit la matière non azotée qui est venue s'interposer entre ses propres particules.

Cet azote fixé par les plantes sert donc à produire une substance fibrineuse, concrète, qui fait le rudiment de tous les organes du végétal.

Il sert à produire, en outre, l'albumine liquide que les sucs coagulables de tous les végétaux recèlent, et le caséum, si souvent confondu avec l'albumine, mais si facile à reconnaître dans beaucoup de plantes.

La fibrine, l'albumine, le caséum existent donc dans les plantes. Ces trois produits, identiques d'ailleurs dans leur composition, ainsi que M. Vogel l'a prouvé depuis longtemps, présentent une analogie singulière avec le ligneux, l'amidon et la dextrine.

En effet, la fibrine est insoluble comme la matière ligneuse ; l'albumine se coagule à chaud comme l'amidon ; le caséum est soluble comme la dextrine.

Ces matières azotées sont neutres d'ailleurs aussi bien que les trois matières non azotées parallèles, et nous verrons qu'elles jouent, par leur abondance dans le règne animal, le même rôle que ces dernières nous ont offert dans le règne végetal.

En outre, de même qu'il suffit, pour former les matières non azotées neutres, d'unir du carbone à l'eau ou à ses éléments, de même, pour former ces matières azotées neutres, il suffit d'unir le carbone et l'ammonium aux éléments de l'eau. Quarante-huit

molécules de carbone, six d'ammonium et dix-sept d'eau, constituent ou peuvent constituer la fibrine, l'albumine et le caséum.

Ainsi, dans les deux cas, des corps réduits en carbone ou ammonium et de l'eau suffisent à former les matières qui nous occupent, et leur production rentre tout naturellement dans le cercle des réactions que la nature végétale semble surtout propre à produire.

Le rôle de l'azote dans les plantes est donc digne de la plus sérieuse attention, puisque c'est lui qui sert à former la fibrine qu'on retrouve comme rudiment dans tous les organes; puisque c'est lui qui sert à produire l'albumine et le caséum si largement répandus dans tant de plantes, et que les animaux s'assimilent et modifient pour leurs propres besoins.

C'est donc dans les plantes que réside le véritable laboratoire de la chimie organique. Le carbone, l'hydrogène, l'ammonium et l'eau sont donc les principes que les plantes élaborent. La matière ligneuse, l'amidon, les gommes et les sucres d'une part; la fibrine, l'albumine, le caséum et le gluten de l'autre, sont donc les produits fondamentaux des deux règnes, produits formés dans les plantes et dans les plantes seules, et transportés par la digestion dans les animaux.

Cendres.

Une immense quantité d'eau traverse le végétal pendant la durée de son existence. Cette eau s'évapore à la surface des feuilles et laisse nécessairement pour résidu dans la plante les sels qu'elle contenait en dissolution. Ces sels constituent les cendres, produits évidemment empruntés au sol et qu'après leur mort les végétaux lui restituent.

Quant à la forme sous laquelle se déposent ces produits minéraux dans le tissu végétal, rien de plus variable. Remarquons toutefois que, parmi les produits de cette nature, l'un des plus fréquents et des plus abondants consiste en ce pectinate de chaux, reconnu par M. Jacquelain dans le tissu ligneux de la plupart des plantes.

Si, dans l'obscurité, les plantes fonctionnent comme de simples filtres que traversent l'eau et les gaz; si, sous l'influence de la lumière solaire, elles fonctionnent comme des appareils réducteurs qui décomposent l'eau, l'acide carbonique et l'oxyde d'ammonium, il est certaines époques et certains organes où la plante revêt un autre rôle, un rôle tout opposé.

En effet, s'agit-il de faire germer un embryon, de développer un bourgeon, de féconder une fleur, la plante qui absorbait la chaleur solaire, qui décomposait l'acide carbonique et l'eau, change tout-à-coup d'allure. Elle brûle du carbone et de l'hydrogène, elle produit de la chaleur, c'est-à-dire qu'elle s'approprie les principaux caractères de l'animalité.

Mais ici une circonstance remarquable se révèle. Si l'on fait germer de l'orge, du blé, il se produit beaucoup de chaleur, d'acide carbonique et d'eau. L'amidon de ces graines se change d'abord en gomme, puis en sucre, puis il disparaît en produisant l'acide carbonique recueilli. Une pomme de terre germe-t-elle, c'est encore son amidon qui se change en dextrine, puis en sucre, et qui produit enfin de l'acide carbonique et de la chaleur. Le sucre semble donc l'agent au moyen duquel les plantes développent de la chaleur au besoin.

Comment n'être pas frappé, dès lors, de la coïncidence des faits suivants? La fécondation est toujours accompagnée de chaleur; les fleurs respirent en produisant de l'acide carbonique; elles consomment donc du charbon; d'où vient ce charbon? Dans la canne à sucre, le sucre accumulé dans la tige a disparu en entier quand la floraison et la fructuation sont accomplies. Dans la betterave, le sucre va toujours en augmentant dans la racine, jusques à la floraison; mais la betterave porte-graine ne contient plus de trace de sucre dans sa racine. Dans le panais, le navet, la carotte, les mêmes phénomènes se reproduisent.

Ainsi donc, à certaines époques, dans certains organes, la plante se fait animal; elle devient comme lui appareil de combustion; elle brûle du carbone et de l'hydrogène; elle développe de la chaleur.

Mais, à ces mêmes époques, elle détruit en abondance des matières sucrées qu'elle avait lentement accumulées et emmagasinées. Le sucre ou l'amidon converti en sucre sont donc les matières premières au moyen desquelles les plantes développent, au besoin, la chaleur nécessaire à l'accomplissement de quelques-unes de leurs fonctions.

Et si nous remarquons avec quel instinct les animaux, les hommes eux-mêmes, vont précisément choisir pour leur nourriture ces parties du végétal où il avait accumulé le sucre et l'amidon qui lui servent à développer de la chaleur, ne devient-il pas probable que, dans l'économie animale, le sucre et l'amidon sont aussi destinés à jouer le même rôle, c'est-à-dire à se brûler pour développer la chaleur qui accompagne le phénomène de la respiration?

En résumé, tant que le végétal conserve son caractère le plus habituel, il emprunte au soleil de la chaleur et de la lumière, des rayons chimiques. Il reçoit de l'air du carbone; il prend de l'hydrogène à l'eau, de l'azote à l'ammoniaque, au sol divers sels. Avec ces matières minérales ou élémentaires, il façonne des matières organisées qui s'accumulent dans ses tissus.

Ce sont des matières ternaires : ligneux, amidon, gommes, sucres.

Ce sont des matières quaternaires : fibrine, albumine, caséum, gluten.

Jusque-là, le végétal est donc un producteur incessant; mais si, par moments, pour satisfaire à certains besoins, le végétal se fait consommateur, il réalise exactement les mêmes phénomènes que l'animal va nous offrir.

Un animal, en effet, constitue un appareil de combustion d'où se dégage sans cesse de l'acide carbonique, où sans cesse se brûle par conséquent du carbone.

Vous savez que nous n'avons pas été arrêtés par cette expression d'*animaux à sang froid* qui semblerait désigner des animaux dépourvus de la propriété de produire de la chaleur. Le fer qui brûle avec éclat dans l'oxygène produit une chaleur que personne ne voudrait nier; mais il faut de la réflexion et quelque science pour s'apercevoir que le

fer qui se rouille lentement à l'air en dégage tout autant, quoique sa température ne varie pas sensiblement. Le phosphore enflammé brûle en produisant une grande quantité de chaleur, personne n'en doute. Le phosphore à froid brûle encore dans l'air, et pourtant la chaleur qu'il développe en pareil cas a été longtemps contestée.

Ainsi des animaux; ceux qu'on appelle à sang chaud brûlent beaucoup de charbon dans un temps donné et conservent un excès sensible de chaleur sur les corps environnants; ceux qu'on nomme à sang froid brûlent beaucoup moins de charbon et conservent conséquemment un excès de chaleur si faible qu'il devient difficile ou impossible de l'observer.

Mais néanmoins le raisonnement nous fait voir que le caractère le plus constant de l'animalité réside dans cette combustion de charbon et dans le développement d'acide carbonique qui en est la conséquence; partant aussi dans la production de chaleur que toute combustion de charbon détermine.

Qu'il s'agisse d'animaux supérieurs ou inférieurs; que cet acide carbonique s'exhale du poumon ou de la peau, il n'importe; c'est toujours le même phenomène, la même fonction.

En même temps que les animaux brûlent du carbone, ils brûlent aussi de l'hydrogène; c'est un point prouvé par la disparition constante d'oxygène qui a lieu dans leur respiration.

En outre, ils exhalent constamment de l'azote. J'insiste sur ce point, et c'est surtout pour faire disparaître une des illusions que je croirais parmi les plus fâcheuses à vos études. Quelques observateurs ont admis une absorption d'azote dans la respiration, qui ne se présente jamais qu'avec des circonstances qui la rendent plus que douteuse. Le phénomène constant, c'est l'exhalation de ce gaz.

Il faut donc en conclure avec certitude que nous n'empruntons jamais de l'azote à l'air; que l'air n'est jamais un aliment pour nous; que nous nous bornons à lui prendre l'oxygène nécessaire pour former, avec notre carbone, de l'acide carbonique; avec notre hydrogène de l'eau.

L'azote exhalé provient donc des aliments, et il en provient tout entier. Celui-là, dans l'économie générale de la nature, pourra, dans des milliers de siècles, être absorbé par les plantes qui, comme les topinambours, empruntent directement leur azote à l'air.

Mais ce n'est pas là tout l'azote que les animaux exhalent. Chacun de nous rend par ses urines, terme moyen, quinze grammes d'azote par jour, d'azote évidemment emprunté à nos aliments, comme le carbone et l'hydrogène que nous brûlons.

Sous quelle forme cet azote s'échappe-t-il? Sous forme d'ammoniaque. Ici se présente une de ces observations qui ne manquent jamais de nous pénétrer d'admiration pour la simplicité des moyens que la nature met en œuvre.

Si, dans l'ordre général des choses, nous rendons à l'air de l'azote que certains végétaux pourront utiliser directement un jour, il devait arriver que nous étions tenus de lui rendre aussi de l'ammoniaque, produit si nécessaire à l'existence, au développement de la plupart des végétaux.

Tel est le principal résultat de la sécrétion urinaire. C'est une émission d'ammoniaque, qui retourne au sol ou à l'air.

Mais, est-il besoin d'en faire ici la remarque? les organes urinaires seraient altérés dans leurs fonctions et leur vitalité, par le contact de l'ammoniaque; ils le seraient même par le contact du carbonate d'ammoniaque; aussi la nature nous fait-elle excréter de l'urée.

L'urée, c'est du carbonate d'ammoniaque, c'est-à dire de l'acide carbonique comme celui que nous expirons, et de l'ammoniaque tel que le veulent les plantes. Mais ce carbonate d'ammoniaque a perdu de l'hydrogène et de l'oxygène ce qu'il en faut pour constituer deux molécules d'eau.

Privé de cette eau, le carbonate d'ammoniaque devient de l'urée; alors il est neutre, inactif sur les membranes animales; alors il peut traverser les reins, les urètres, la vessie, sans les enflammer. Mais, parvenu à l'air, il éprouve une fermentation véritable, qui lui restitue ses deux molécules d'eau et qui fait de cette même urée du véritable carbonate d'ammoniaque; volatil, pouvant s'exhaler dans l'air; soluble, pouvant être repris par les pluies; destiné en conséquence à voyager ainsi de la terre à l'air et de l'air à la terre, jusqu'à ce que, pompé par les racines d'une plante et élaboré par elle, il se convertisse de nouveau en matière organique. Ajoutons un trait à ce tableau. Dans l'urine, à côté de l'urée, la nature a placé quelques traces de matière animale albumineuse ou muqueuse, traces presque insensibles à l'analyse. Celle-ci pourtant, parvenue à l'air, s'y modifie et devient un de ces ferments comme nous en trouvons tant dans la nature organique; c'est lui qui détermine la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Ces ferments, qui ont si vivement attiré notre attention et qui président aux métamorphoses les plus remarquables de la chimie organique, je me réserve de vous en faire l'année prochaine une histoire plus spéciale encore et plus développée.

Ainsi nous émettons de l'urée, accompagnée de cet artifice qui, jouant à un moment donné, va transformer cette urée en carbonate d'ammoniaque.

Si nous rendons au phénomène général de la combustion animale cet acide carbonique du carbonate d'ammoniaque qui lui appartient de droit, il reste de l'ammoniaque, comme produit caractéristique des urines.

Ainsi, par le poumon et la peau, acide carbonique, eau, azote;

Par les urines, ammoniaque;

Tels sont les produits constants et nécessaires qui s'exhalent de l'animal.

Ce sont précisément ceux que le végétal réclame et utilise, tout comme le végétal rend à son tour à l'air l'oxygène que l'animal a consommé.

D'où viennent ce carbone, cet hydrogène brûlés par l'animal, cet azote qu'il a exhalé libre ou converti en ammoniaque? Ils viennent évidemment des aliments.

En étudiant la digestion à ce point de vue, nous avons été conduits à la considerer d'une manière bien plus simple qu'on n'a coutume de le faire, et qui va se résumer en quelques mots.

En effet, dès qu'il a été prouvé pour nous que

l'animal ne crée point de matière organique; qu'il se borne à se l'assimiler ou à la dépenser en la brûlant, il ne fallait plus chercher dans la digestion tous ces mystères qu'on était bien sûr de n'y point trouver.

C'est qu'en effet la digestion est une simple fonction d'absorption. Les matières solubles passent dans le sang inaltérées pour la plupart; les matières insolubles arrivent dans le chyle assez divisées pour être aspirées par les orifices des vaisseaux chylifères.

D'ailleurs, la digestion a évidemment pour objet de restituer au sang une matière propre à fournir à notre respiration ces douze ou quinze grammes de charbon ou l'équivalent d'hydrogène que chacun de nous brûle à l'heure, et de lui rendre ce gramme d'azote qui s'exhale par heure aussi, tant par la peau que par les urines.

Ainsi, les matières amylacées se changent en gomme et sucre; les matières sucrées s'absorbent.

Les matières grasses se divisent, s'émulsionnent et passent ainsi dans les vaisseaux.

Les matières azotées neutres, la fibrine, l'albumine et le caséum, dissoutes d'abord, puis précipitées, passent dans le chyle très-divisées ou dissoutes de nouveau.

Ainsi, l'animal reçoit et s'assimile presque intactes des matières azotées neutres qu'il trouve toutes formées dans les animaux ou les plantes dont il se nourrit; il reçoit des matières grasses qui proviennent des mêmes sources; il reçoit des matières amylacées ou sucrées qui sont dans le même cas.

Ces trois grands ordres de matières, dont l'origine remonte toujours à la plante, se partagent en produits assimilables : fibrine, albumine, caséum, corps gras, qui servent à accroître ou à renouveler les organes; en produits combustibles : sucre et corps gras que la respiration consomme.

L'animal s'assimile donc ou détruit des matières organiques toutes faites; il n'en crée donc pas.

La digestion introduit donc dans le sang des matières organiques toutes faites; l'assimilation utilise celles qui sont azotées; la respiration brûle les autres.

Si les animaux ne possèdent aucun pouvoir particulier pour produire des matières organiques, ont-ils du moins ce pouvoir spécial et singulier de produire de la chaleur sans dépense de matière qu'on leur a attribué?

Vous avez vu, en discutant les expériences de MM. Dulong et Despretz, vous avez positivement vu le contraire en ressortir. Ces habiles physiciens ont supposé qu'un animal placé dans un calorimètre à eau froide en sort exactement avec la température qu'il possédait à l'entrée; chose absolument impossible, on le sait aujourd'hui. C'est ce refroidissement de l'animal, dont ils n'ont pas tenu compte, qui exprime dans leurs tableaux les excès de chaleur attribués par eux et par tous les physiologistes à un pouvoir calorifique particulier à l'animal et indépendant de la respiration.

Il m'est démontré que toute la chaleur animale vient de la respiration; qu'elle se mesure par le charbon et l'hydrogène brûlés. Il m'est démontré, en un mot, que cette assimilation poétique de la locomotive des chemins de fer à un animal repose sur des bases plus sérieuses qu'on ne l'a cru peut-être. Dans l'une et l'autre, combustion, chaleur, mouvements, trois phénomènes liés et proportionnels.

Vous voyez qu'à la considérer ainsi, la machine animale devient bien plus facile à comprendre; c'est l'intermédiaire entre le règne végétal et l'air; elle emprunte tous ses aliments au premier, pour rendre au second toutes ses excrétions.

Vous rappellerai-je comment nous avons envisagé la respiration? Phénomène plus complexe que ne l'avaient cru Laplace et Lavoisier, que ne l'avait pensé Lagrange, mais qui, précisément en se compliquant, tend de plus en plus à rentrer dans les lois générales de la nature morte.

Vous avez vu que le sang veineux dissout de l'oxygène et dégage de l'acide carbonique; qu'il devient artériel, sans produire trace de chaleur. Ce n'est donc pas en s'artérialisant que le sang produit de la chaleur.

Mais sous l'influence de l'oxygène absorbé, les matières solubles du sang se convertissent en acide lactique, celui-ci en lactate de soude; ce dernier, par une véritable combustion, en carbonate de soude, qu'une nouvelle portion d'acide lactique vient décomposer à son tour.

Cette succession lente et continue de phénomènes, qui constitue une combustion réelle, mais décomposée en plusieurs temps, c'est le véritable phénomène de la respiration. Le sang s'oxygène donc dans le poumon; il respire réellement dans les capillaires de tous les autres organes, là où la combustion du carbone, la production de chaleur se manifestent, surtout.

Une dernière réflexion. Pour monter au sommet du Mont-Blanc, un homme emploie deux journées. Pendant ce temps, il brûle trois cents grammes de carbone. Si une machine à vapeur s'était chargée de l'y porter, elle en aurait brûlé mille à douze cents pour faire le même service.

Ainsi, comme machine empruntant toute sa force au charbon qu'il brûle, l'homme est une machine quatre ou cinq fois plus parfaite que la plus parfaite machine à vapeur.

Nos ingénieurs ont donc encore à faire, et pourtant ces nombres sont bien de nature à prouver qu'il y a communauté de principe entre la machine vivante et l'autre; car si l'on tient compte de toutes les pertes inévitables dans les machines à feu et si soigneusement évitées dans la machine humaine, l'identité du principe de leurs forces respectives ressort manifeste et évidente aux yeux.

Mais c'est assez poursuivre des considérations où vos propres réflexions me devancent maintenant, où vos souvenirs ne me laissent plus rien à faire.

Si nous nous résumons, nous voyons que de l'atmosphère primitive de la terre il s'est fait trois grandes parts :

L'une qui constitue l'air atmosphérique actuel;

La seconde qui est représentée par les végétaux;

La troisième par les animaux.

Entre ces trois masses, des échanges continuels se passent; la matière descend de l'air dans les plantes, pénètre par cette voie dans les animaux et

retourne à l'air à mesure que ceux-ci la mettent à profit.

Les végétaux verts constituent le grand laboratoire de la chimie organique. Ce sont eux qui, avec du carbone, de l'hydrogène, de l'azote, de l'eau et de l'ammoniaque, construisent lentement toutes les matières organiques les plus complexes.

Ils reçoivent des rayons solaires, sous forme de chaleur ou de rayons chimiques, les forces nécessaires à ce travail.

Les animaux s'assimilent ou absorbent les matières organiques formées par les plantes. Ils les altèrent peu à peu, ils les détruisent. Dans leurs organes, des matières organiques nouvelles peuvent naître, mais ce sont toujours des matières plus simples, plus rapprochées de l'état élémentaire que celles qu'ils ont reçues.

Ils défont peu à peu ces matières organiques créées lentement par les plantes. Ils les ramènent peu à peu vers l'état d'acide carbonique, d'eau, d'azote, d'ammoniaque, qui leur permet de les restituer à l'air.

En brûlant ou en détruisant ces matières organiques, les animaux produisent toujours de la chaleur qui, rayonnant de leur corps dans l'espace, va remplacer celle que les végétaux avaient absorbée.

Ainsi tout ce que l'air donne aux plantes, les plantes le cèdent aux animaux, les animaux le rendent à l'air : cercle éternel dans lequel la vie s'agite et se manifeste, mais où la matière ne fait que changer de place.

La matière brute de l'air, organisée peu à peu dans les plantes, vient donc fonctionner sans altération dans les animaux et servir d'instrument à la pensée; puis, vaincue par cet effort et comme brisée, elle retourne, matière brute, au grand réservoir d'où elle était sortie.

Permettez-moi d'ajouter, en terminant ce tableau qui résume des opinions qui, à mon sens, ne sont que les conséquences et les développements nécessaires de la grande voie que Lavoisier a tracée à la chimie moderne ; permettez-moi, dis-je, de m'exprimer comme il le faisait lui-même au sujet de ses collaborateurs, de ses amis.

Si dans mes leçons, si dans ce résumé, il m'est échappé d'adopter, sans les citer, les expériences ou les opinions de M. Boussingault, c'est que l'habitude de nous communiquer nos idées, nos observations, notre manière de voir, a établi entre nous une communauté d'opinions, dans laquelle il nous est difficile à nous-mêmes de distinguer ensuite ce qui nous appartient.

En appuyant de son nom et de son autorité ces opinions et leurs conséquences, en vous disant que nous travaillons activement, tantôt réunis, tantôt séparés, à préciser et à développer par l'expérience tous ces résultats, c'est vous montrer le prix que je mets à justifier l'intérêt que vous m'avez témoigné cette année.

Je vous en remercie. Il m'a donné la confiance d'entreprendre une longue suite de recherches ; s'il en sort quelque chose d'utile aux progrès de l'humanité, que tout l'honneur en revienne à cette bienveillance intelligente dont vous m'avez si constamment entouré et dont je serai toujours reconnaissant du plus profond de l'âme et du cœur.

(*Journ des Conn. médico-chirurg.*, septembre.)

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

2. *Observations relatives au mémoire du docteur Dupasquier, sur le proto-iodure de fer. — Nouvelles formules pour l'emploi de ce médiment;* par M. Félix Boudet.

Au mois de mars dernier, M. le docteur Dupasquier, de Lyon, a publié un mémoire plein d'intérêt sur le proto-iodure de fer et son application au traitement de la phthisie pulmonaire.

Après avoir insisté avec beaucoup de force et de raison sur les soins particuliers que réclament la préparation et la conservation du proto-iodure, M. Dupasquier a indiqué les formules des divers médicaments à base d'iodure de fer, dont il a cru devoir adopter et recommander l'usage.

Ces formules m'ayant paru laisser quelque chose à désirer sous le point de vue pratique, je n'hésite pas à faire connaître les réflexions qu'elles m'ont suggérées, et les modifications qu'il m'a paru utile de leur faire subir, convaincu que tout ce qui pourra favoriser l'application du proto-iodure de fer servira les vues de M. Dupasquier, en multipliant les bienfaits d'un médicament dont il a fait ressortir la valeur, et qui paraît appelé à jouer un rôle important dans la thérapeutique.

La première formule de M. Dupasquier est celle d'une solution qu'il a nommée *solution normale de proto-iodure de fer*, et qui sert de base à toutes ses préparations.

Elle s'obtient, en chauffant au bain-marie, à 70 ou 80°, 10 parties d'iode, 20 parties de limaille de fer et 80 parties d'eau distillée.

L'iodure de fer étant formé de :

1 atome de fer. . . .	17,8
2 atomes d'iode. . . .	82,2
	100,0

il en résulte que 100 parties ou 100 grammes de solution normale peuvent être représentés par :

Eau.	86,80
Proto-iodure de fer sec.	13,20
	100,00

« Cette préparation, dit l'auteur, doit être faite extemporanément; il ne faut pas songer à la conserver; dès qu'on la laisse seulement une heure au contact de l'air, elle commence à s'altérer et se colore. Les praticiens ne doivent jamais la prescrire par gouttes, puisqu'elle ne peut être conservée; elle ne peut pas non plus être étendue dans une potion ou dans une tisane, car dans des mélanges de cette nature, son altération est encore très-prompte. »

Il résulte de ces circonstances, si bien appréciées par M. Dupasquier lui même, que toutes les fois qu'un pharmacien voudra préparer un médicament magistral à base d'iodure de fer, il faudra nécessairement qu'il prépare exprès les 15,20,30,60 gouttes, plus ou moins, de solution normale qui devront entrer dans la composition de ce médicament. C'est là, sans contredit, une nécessité fort incommode à laquelle les pharmaciens n'hésiteraient pas à se soumettre, si elle était indispensable, mais dont ils seront heureux de s'affranchir, dès qu'ils pourront le faire sans inconvénient. D'ailleurs, M. Dupasquier n'a indiqué nulle part les proportions relatives d'eau et d'iodure sec dont se compose sa solution normale : de telle sorte que, avant de calculer soi-même ces proportions, on ignore les doses de proto-iodure de fer que renferme chacune des préparations dont elle fait partie. J'ajouterai encore que chaque gramme de cette liqueur représentant 0 gr. 132 millig. d'iodure, ou mieux que 7 gr. 53 de solution, équivalent à 1 gr. d'iodure sec, il est impossible de reconnaître immédiatement, par un calcul simple et instantané, la valeur réelle d'un poids quelconque et à plus forte raison d'un nombre quelconque de gouttes de cette solution. De là, pour les pharmaciens et les médecins, des embarras nombreux et des chances d'erreur que l'on doit toujours s'étudier à éviter.

Toutes ces considérations m'ont engagé à rechercher la valeur réelle des formules de M. Dupasquier, en calculant la proportion d'iodure sec que représente un poids donné de chacune de ses préparations, et même à faire subir à ces formules tous les changements nécessaires pour en rendre l'exécution et l'emploi simples et faciles.

Or, l'expérience m'ayant démontré que 20 gouttes de solution normale de M. Dupasquier pèsent environ 1 gr. 20, d'un autre côté, ayant calculé que 1 gramme de cette solution représente 0 gr. 132 millig. d'iodure sec, j'en ai conclu que 20 gouttes équivalent à 0 gr. 158 millig. d'iodure, et que les diverses formules publiées par M. Dupasquier et dans lesquelles il dose sa solution normale, tantôt en poids tantôt en gouttes, devraient être interprétées de la manière suivante :

Sirop de proto-iodure de fer (Dupasquier).

Pr. : Solution normale proto-iodo-ferré. . .	4	gram.
Sirop de gom. incolore très-consistant.	200	id.
Sirop de fleurs d'oranger.	50	id.

4 grammes de solution normale correspondant à 0 gr. 528 d'iodure réel, il en résulte que 30 grammes de ce sirop représentent 0 gr. 062 millig. ou un peu plus de 1 grain d'iodure.

De même chaque bouteille d'eau gazeuse proto-iodo-ferrée, devant contenir 1, 2, 3 et jusqu'à 4 grammes de solution normale, contient en effet 0 gr. 132, 0 gr. 264, 0 gr. 396, 0 gr. 528 d'iodure sec.

A leur tour les pilules proto-iodo-ferrées pèsent 20 cent. et représentent 0 gr. 048 ou un peu moins d'un grain d'iodure, tandis que les pastilles en renferment 0 gr. 013 millig. ou environ un quart de grain.

Enfin M. Dupasquier ajoute à 100 grammes de gelée de lichen 30 gouttes de solution (0 gr. 24 d'iodure) et dans chaque demi-lavement 8 à 25 gouttes de solution (0 gr. 06 à 0 gr. 20 d'iodure sec).

Il termine son formulaire en assurant que la solution normale peut être administrée graduellement depuis la dose de 15 gouttes (0 gr. 12 d'iodure) jusqu'à celle de 120 (0 gr. 96 d'iodure sec).

On voit facilement, à la simple inspection des formules de M. Dupasquier, qu'elles correspondent à des doses d'iodure de fer qui ne peuvent être représentées que par des nombres fractionnaires d'un usage incommode dans la pratique. Qu'il me soit permis de dire aussi qu'en admettant avec notre collègue que la dose d'iodure de fer à prendre dans les vingt-quatre heures peut être portée jusqu'à 1 gram., les proportions de ce sel qu'il a fait entrer dans la composition du sirop et des pastilles, sont trop faibles et exposent les malades à employer des quantités considérables de ces médicaments.

Me fondant sur ces diverses observations, et particulièrement sur celles que j'ai exposées plus haut, à l'égard de la solution normale, je propose les formules suivantes :

Solution officinale de proto-iodure de fer au dixième, destinée à remplacer la solution normale de M. Dupasquier.

Prenez : Iode pur.	8	gram.	50 (1)
Limaille de fer. . .	4	id.	(2)
Eau distillée. . . .	40	id.	
Sucre très-blanc. . .	55	id.	
Gom. arab. en poudre	8	id.	

Versez l'iode avec 30 grammes d'eau distillée dans un ballon de verre; ajoutez peu à peu et avec précaution la limaille de fer, en ayant soin d'agiter sans cesse le mélange; chauffez légèrement jusqu'à ce que la liqueur soit devenue presque incolore; filtrez au-dessus d'une capsule de fer contenant le sucre concassé; lavez le filtre avec les 10 grammes d'eau réservés pour cet usage; employez-les ensuite pour

(1) Dans cette formule, comme dans les suivantes, au lieu de 8 gr. 22 d'iode, c'est-à-dire du poids rigoureusement nécessaire pour former 10 grammes d'iodure, j'en emploie 8 gr. 50 pour tenir compte de la quantité d'iodure qu'on laisse nécessairement dans le ballon et sur le filtre avec l'excès de limaille de fer.

(2) M. Dupasquier prescrit 20 gr. de fer pour 8 gr. d'iode. Cette proportion est trop forte; je l'ai réduite à celle de 4 grammes, qui est bien suffisante.

dissoudre la gomme; versez la solution dans la capsule et chauffez pour obtenir 100 grammes d'un liquide incolore qui contiendra 10 grammes de proto-iodure de fer pur, et dont chaque gramme représentera un décigramme ou un dixième de son poids de cette combinaison.

Cette solution, renfermée dans une fiole exactement pleine et bouchée, se conserve indéfiniment, sans éprouver la plus légère altération. Si la fiole est incomplétement remplie, et souvent débouchée, on voit au bout de quelques jours la surface du liquide se colorer légèrement, mais cette coloration s'arrête à la couche superficielle, et d'ailleurs elle est si légère qu'elle ne saurait inspirer aucune inquiétude sur la valeur de la préparation.

Cette solution n'est plus un médicament magistral comme la solution normale de M. Dupasquier; c'est une véritable préparation officinale, avec laquelle la plupart des prescriptions médicales qui auront pour base l'iodure ferreux, pourront être exécutées très-facilement; s'il s'agit en effet d'introduire dans un sirop, une gelée, une potion ou tout autre médicament analogue, 20, 30, 40 ou 50 centigrammes de proto-iodure de fer, il suffira d'ajouter à chacune de ces préparations 2, 3, 4 ou 5 grammes de solution officinale. On pourra même, au besoin, mesurer cette solution par gouttes, en calculant que 12 gouttes pèsent environ 1 gramme, et représentent 10 centigrammes d'iodure.

J'ai constaté d'ailleurs que le proto-iodure de fer pouvait se conserver plus de 24 heures, sans altération prononcée, dans une potion ou dans une boisson sucrée, pourvu que ces liqueurs continssent au moins un dixième de leur poids de sirop.

Sirop proto-iodo-ferré.

Solution officinale de proto-iodure de fer.	20	gram.
Sirop de gomme.	220	id.
Sirop de fleurs d'orangers.	60	id.

Mêler pour obtenir 300 grammes.

30 grammes de ce sirop contiennent 20 centigrammes de proto-iodure de fer. Cette dose est à peu près quadruple de celle adoptée par M. Dupasquier.

Eau gazeuse proto-iodo-ferrée.

L'iodure ferreux a besoin, comme l'a très-bien observé M. Dupasquier, d'être associé à une proportion assez considérable de sirop de gomme pour se conserver en dissolution dans l'eau gazeuse. Si la quantité de sirop est faible, l'eau ne tarde pas à se colorer et à déposer un précipité floconneux, tandis qu'elle se conserve limpide et incolore, si on adopte avec M. Dupasquier la proportion de 80 grammes de sirop de gomme pour une bouteille d'eau gazeuse. Ainsi préparée, l'eau proto-iodo-ferrée n'a pas une saveur ferrugineuse assez désagréable pour que son usage inspire de la répugnance; elle peut même être conservée 24 heures dans une bouteille en vidange sans s'altérer notablement.

Eau gazeuse proto-iodo-ferrée n° 1, à 20 centigrammes.

Solution officinale.	2	gram.
Sirop de gomme.	78	id.
Eau gazeuse. . 1 bouteille ou environ	600	id.

L'eau gazeuse proto-iodo-ferrée n° 2 contiendra 4 grammes de solution officinale, ou 40 centigrammes d'iodure; l'eau n° 3 contiendra 6 grammes de solution ou 60 centigrammes d'iodure. Ces trois degrés me semblent suffisants; on pourrait cependant en faire un quatrième avec 8 grammes de solution ou 80 centigrammes d'iodure.

Pilules proto-iodo-ferrées.

La formule du docteur Dupasquier fournit une masse très-élastique et incommode à manier. On pourrait l'admettre à la rigueur, si l'on n'avait à préparer qu'un petit nombre de pilules, mais elle devient véritablement impraticable lorsqu'il s'agit d'opérer sur un poids un peu considérable de matières. D'ailleurs, les proportions d'iode, de miel et de gomme adragante qui se trouvent prescrites dans cette formule ne correspondent pas à un poids régulier de masse, ni d'iodure pour chaque pilule : elle me paraît devoir être remplacée avec avantage par la formule suivante, dont l'exécution n'offre aucune difficulté et dont le produit et satisfaisant:

Iode.	8 gram.	50
Limaille de fer.	4	id.
Eau distillée.	40	id.
Miel blanc.	10	id.
Gomme arabique.	8	id.
Poudre de guimauve. . . .	6	id.
Gomme adragante. . . .	4	id.

Faites une solution iodurée dans laquelle vous dissoudrez le miel et la gomme arabique; évaporez pour réduire le tout à 30 grammes; incorporez les poudres de guimauve et de gomme adragante, pour obtenir 40 grammes d'une masse qui représentera 10 grammes ou un quart de son poids d'iodure, et préparez des pilules de 20 centigrammes.

On pourrait supprimer la gomme adragante et la remplacer par un poids égal de guimauve; mais, dans ce cas, les pilules se ramolliraient dans un air humide. Avec la gomme adragante, on évite cet inconvénient, et on obtient une masse pilulaire qui, renfermée dans un bocal à large ouverture avec du lycopode, conserve une bonne consistance. Elle se colore, il est vrai, à la surface, comme celle qui est préparée d'après la formule de M. Dupasquier, mais cette altération est lente et n'intéresse qu'une couche très-mince que l'on pourrait d'ailleurs enlever, si on le trouvait convenable, au moment de diviser en pilules.

Pastilles ou tablettes proto-iodo-ferrées.

Prenez :	Solution officinale. . . .	100	gram.
	Gomme arabique en poudre.	32	id.
	Sucre blanc.	300	id.

Formez un mucilage avec la gomme et la solution; incorporez rapidement le sucre, et faites 400 pastilles, qui pèseront 1 gramme et contiendront chacune 2 centigr. et demi d'iodure, c'est-à-dire le double de la proportion prescrite par le docteur Dupasquier.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, septembre.)

---

3. *Sur le cyphi des anciens;* par M. Cap.

Le cyphi était une de ces antiques préparations dues à la superstition des premiers âges du monde, et qui s'était transmise de siècle en siècle, exerçant souvent sur l'imagination des pauvres malades une influence tutélaire, due au prestige qui les entourait.

Le cyphi était composé de *seize* drogues, nombre sacré, parce qu'il représentait un carré formé lui-même de quatre carrés égaux; ces drogues étaient le miel, le vin, les raisins secs, le souchet, la résine, la myrrhe, le tribule, le séséli, le jonc odorant, le bitume, la mousse, le lapathum, les grains de genièvre, le cardamome et le calamus aromatique.

Le cyphi était brûlé comme encens dans le temple d'Isis; il procurait aux malades qu'on y apportait un doux sommeil, pendant lequel l'oracle leur révélait les moyens propres à opérer leur guérison.

Après avoir subi quelques modifications, les Arabes firent du cyphi leurs trachisques *cyphéos*, que Mithridate fit entrer dans la composition de son électuaire. C'est sous cette forme qu'il était resté dans la matière médicale jusqu'à l'entier abandon des remèdes polypharmaques. M. Cap semble regarder les clous à brûler et les pastilles du sérail, usitées encore dans l'Orient, comme devant leur origine au cyphi.

(*Journal des Connaissances méd.*, septembre.)

---

4. *De l'absinthe maritime et de ses propriétés vermifuges;* Stan. Martin, Pharm.

Dans son excellente histoire des drogues simples, page 6, deuxième édition, 1826, M. Guibourt exprimait le regret de voir l'absinthe maritime, *artemisia maritima*, si peu employée comme plante médicinale.

Depuis cette époque, cette plante indigène a acquis, dans certaines provinces de la France, notamment dans le Berry, une renommée telle, qu'on la prescrit pour remplacer le semen-contra, la tanaisie ou l'helminthchorton, qui étaient alors les seuls vermifuges usités.

Persuadé que cette absinthe est destinée à rendre de grands services à la thérapeutique, je l'ai analysée, et, après de nombreux essais, je suis parvenu à en isoler le principe actif.

L'absinthe maritime, traitée par l'eau distillée, m'a fourni un extrait brun, grumeleux, d'une saveur salée, amère, d'une odeur qui n'a aucune analogie avec celle de la plante.

Cet extrait est presque entièrement soluble dans l'alcool à trente-six degrés; je l'ai trouvé composé:

1° D'une matière extractive brune peu sapide;
2° D'une huile essentielle aromatique;
3° D'une résine verte;
4° D'hydrochlorate de potasse.

Je me suis assuré, par diverses expériences, que l'huile essentielle et la résine verte étaient les seuls agents vermifuges. On les obtient de la manière suivante:

On met dans un flacon bouché à l'émeri de l'absinthe maritime mondée de ses tiges et coupée en petits morceaux; on verse dessus de l'éther sulfurique. Après quinze jours de macération, l'éthérolé s'est coloré en vert; il tient en suspension une matière floconneuse qui lui donne un aspect onduleux.

On le filtre et on le distile au bain-marie, de manière à retirer tout l'éther.

Deux cents grammes d'absinthe maritime ont fourni vingt-cinq grammes de résidu qui a une consistance butireuse.

Ce résidu a une belle couleur verte; il est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool; sa saveur est amère, son odeur aromatique rappelle celle de la plante.

Administré à l'intérieur en potions, pilules, pastilles et lavements, il a toujours eu un effet prompt et sûr; nous l'avons trouvé composé:

1° D'huile essentielle volatile.
2° De résine verte.

Cette préparation, pouvant être administrée à des doses très-minimes, sera peut-être, nous l'espérons, préférée par quelques praticiens aux autres vermifuges.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, août.)

---

5. *Sur un tarif des médicaments simples et composés, adopté et publié par les Pharmaciens du département du Haut-Rhin.*

Le cercle pharmaceutique du Haut-Rhin poursuit son œuvre, et nous venons en faire connaître aujourd'hui l'un des résultats les plus remarquables: c'est la mise en vigueur du tarif projeté pour la taxation uniforme des médicaments dans les officines des associés, tarif consacré par un traité revêtu des formes légales et qui a été imprimé en tête du tarif. Nous engageons ceux de nos confrères qui auraient l'utile désir d'introduire dans leurs départements des conditions analogues, à consulter le texte même de celle-ci, dont les dispositions nous ont paru fort bien en-

tendues; mais nous ne pouvons résister au désir de siter littéralement les considérations pleines de mecure et de sagesse qui ont été placées en tête du *tarif*.

« La loi qui régit encore aujourd'hui la médecine, disent nos confrères du Haut-Rhin, n'a point imposé de tarif qui déterminât régulièrement, pour toute la France, le prix des médicaments simples et composés, et qui en rendît l'observation obligatoire.

« Il en résulte que, dans la fixation du prix, il règne une anarchie qui n'est pas la cause la moins grave de tous les maux qui affligent depuis si longtemps la pharmacie; elle a servi à la concurrence d'arme à deux tranchants contre la sécurité du public et contre la dignité du pharmacien.

« Prostituée par le charlatanisme et le *rabais*, la pharmacie est descendue de son rang pour se confondre honteusement avec les professions mercantiles dont les produits sont vendus pour ce qu'*ils valent*, avec cette différence toutefois que le public ne peut apprécier la bonne qualité des médicaments qu'il consomme. Ce qui l'attire et le séduit trop souvent, c'est *le bon marché;* disposition funeste, car le médecin est trompé, le malade compromis, et le pharmacien infidèle et cupide encouragé à la fraude. On voit malheureusement tous les jours des pharmaciens, pour former une clientèle, l'augmenter ou la conserver, vendre sans bénéfices, d'autres fois avec perte, des médicaments composés de substances fort chères. Soutiendra-t-alors, sans paradoxe et sans injustice, que le pharmacien dont la réputation est de vendre à bon marché, est aussi celui qui prépare le plus fidèlement et gagne le moins?

« On semble ne pas assez se rendre compte du produit d'une vente brute, lorsque, dans le courant d'une année, y figure en grande partie la vente peu ou point lucrative des sangsues, des remèdes secrets et d'autres substances que débitent les herboristes, les droguistes, les confiseurs et les épiciers.

« Ajoutons à cela que le nombre des officines s'accroît, tandis qu'à tort ou à raison l'art de formuler se simplifie de jour en jour, que les charges du pharmacien deviennent de plus en plus considérables, et que les pertes se multiplient par l'insolvabilité des mauvais cliens.

« La chute de la pharmacie est certaine, si le gouvernement ne se hâte de la prévenir, par l'adoption d'une loi meilleure que celle qui existe encore, et qui, en plusieurs points, est tombée en désuétude.

« Nous voudrions que, pour créer une législation nouvelle qui mît en équilibre tous les besoins et toutes les exigences, le gouvernement n'agît qu'après s'être fait rendre compte de l'état actuel de la pharmacie en Allemagne, en Suède et en Norwège; car on cite avec bonheur les lois paternelles qui protègent notre art dans cette partie de l'Europe, où le pharmacien, considéré non comme un *marchand de drogues*, mais comme un homme éclairé et revêtu d'un caractère public, occupe un rang plus digne.

« Cette loi, depuis longtemps invoquée, depuis longtemps promise, devrait d'abord *limiter* le nombre des officines, suivant la population de chaque localité, *bannir* les remèdes secrets, *ordonner* aux jurys médicaux une surveillance plus sévère et plus suivie sur les officines, *exiger* du candidat en pharmacie autant de moralité que de savoir, *prescrire* un tarif et *instituer* dans chaque arrondissement, sous la présidence du procureur du roi, un conseil de discipline appelé à réprimer *immédiatement* toutes les infractions faites à la loi, aux ordonnances et aux règlements. »

Si de ces considérations générales nous passons aux détails d'exécution, nous n'aurons qu'à louer le plan et la disposition du travail. Deux séries de prix ont été indiquées pour chaque substance, selon qu'elle est livrée *dans une formule* ou en nature. On sent que dans le premier cas le prix doit être plus élevé; on n'a admis que des rapports décimaux simples, sans aucune espèce de traduction des anciens poids. C'est bien ainsi qu'il faut faire si on veut l'adoption prompte et franche du système. Enfin, nous avons vu avec intérêt l'ouvrage, terminé par une indication utile qui manque à notre prix courant parisien, c'est *un tarif de manipulation pour les opérations magistrales*. Ce complétement est indispensable pour établir une parfaite uniformité, et fixera des usages qui varient sans cesse en l'absence de toute règle écrite: les évaluations portées sur ce tarif sont en général fort basses; ceci tient sans doute aux usages locaux, mais nous ferons remarquer d'ailleurs que toutes les fois que les pharmaciens se réuniront pour s'entendre sur les prix, ils feront bien de les fixer au dessous de la moyenne, afin d'éviter le reproche d'avidité, et d'empêcher qu'on ne puisse voir dans leur démarche une coalition tendant à faire hausser le prix des médicaments.

Nous terminerons en disant que nous sympathisons vivement avec la tentative que viennent de faire nos confrères du Haut-Rhin, et que c'est véritablement par de tels actes qu'on relève la dignité de l'art et qu'on sert ses plus chers intérêts.

(*Journal des Conn. médicales*, septembre.)

---

6. *Du carbonate de soude comme antidote de sels de cuivre.*

L'albumine liquide est généralement administrée comme antidote dans les cas d'empoisonnements par les sels de cuivre; mais la difficulté consiste à donner juste la dose d'albumine nécessaire pour neutraliser le cuivre, car, si l'on en emploie une trop grande quantité, le poison est redissous dans cet excès d'albumine. Un honorable pharmacien de Soissons, M. Benoist, a publié, dans le dernier numéro du *Journal de Chimie médicale*, une note dans laquelle il propose de remplacer l'albumine par le carbonate de soude, qui forme avec les sels de cuivre un carbonate insoluble qui n'a plus aucune action délétère sur l'économie. Dans ce travail, M. Benoist paraît se croire l'inventeur de ce procédé, qui est une véritable découverte toxicologique; nous devons le détromper. A la page 256 du tom. XI, du *Bulletin de Thérapeutique* (1836), il trouvera un article complet sur la matière, fait par un chimiste très-distingué, M. Malagutti; cet article est intitulé : *Du carbonate de*

soude, considéré comme antidote des sels métalliques toxiques. M. Malagutti établit d'abord ces deux propositions : 1° qu'un corps absolument insoluble n'est point vénéneux, car il ne peut être absorbé ; 2° que si un sel métallique a été ingéré, et si l'on parvient à le rendre insoluble dans le canal intestinal lui-même, l'empoisonnement n'aura point lieu ; mais la difficulté est d'empêcher les acides libres contenus dans les viscères, de redissoudre en partie les sels métalliques précipités ; pour cela il faut neutraliser l'action de ces acides libres, et, comme leur production est constante, il faut que la neutralité soit maintenue tant que le sel métallique se trouve en contact avec les muqueuses. M. Malagutti signale le carbonate de soude comme le corps jouissant de ces propriétés réunies. Ce chimiste a fait des expériences complètes et tout à fait concluantes sur un grand nombre de chiens, expériences dont il rend compte dans le travail auquel nous renvoyons le lecteur. Au moyen du carbonate de soude, il a arrêté l'action toxique du vert de gris, du verdet, du carbonate de cuivre, de l'arsénite de cuivre, du bichlorure de mercure, de phosphate de mercure, etc. — Pour obtenir des résultats complets, il faut donc précipiter les sels métalliques toxiques dans le tube digestif, et empêcher, par une action neutralisante constante, la redissolution du poison par les sucs gastriques qui se produisent incessamment. Pour cela il faut donner la dissolution de carbonate de soude par doses fractionnées, afin d'entretenir pendant tout le temps convenable l'alcalinité des viscères. Voici une phrase du mémoire de M. Malagutti, qui montre la valeur pratique qu'il ajoutait à ses recherches : elle contient un avis qui peut avoir son application pour nos lecteurs : « Si, comme je le désire, dit-il, ma méthode vient à entrer dans l'hygiène populaire, on fera comprendre à tous qu'une faible lessive de cendres communes peut devenir, dans l'occasion, un succédané utile du carbonate de potasse. »

(*Bulletin général de Thérapeutique*, septembre.)

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

7. *Cours de pathologie et de thérapeutique générales fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Andral ;* compte-rendu par M. Monneret, agrégé près cette Faculté, médecin du bureau central. (Dernier article.)

Du sang dans les congestions et les hémorrhagies. — On a établi un grand nombre de divisions d'après la cause des hémorrhagies et la nature des symptômes dont elles s'accompagnent. C'est ainsi que les dénominations d'actives et de passives, appliquées aux hémorrhagies, ont été créées, en vue de désigner quelques groupes de symptômes qui se manifestent dans certains cas. Je dirai plus loin de quelle manière il faut interpréter ces expressions, qui sont d'une entière exactitude quand on leur attribue leur véritable sens. Si l'on se place exclusivement au point de vue de la composition du sang, on peut établir les divisions suivantes : 1° il y a un certain nombre d'hémorrhagies et de congestions dans lesquelles le sang ne présente aucune espèce d'altération. 2° Dans d'autres cas, les globules seuls sont augmentés ; la fibrine reste à l'état normal. L'altération, dans ce cas, résulte de la rupture de l'équilibre entre la fibrine et les globules. 3° Il peut arriver un autre cas, c'est celui où il y a diminution des globules : cette lésion n'a lieu que dans les cas où il existe un état prononcé d'anémie succédant à la pléthore. L'hémorrhagie, qui était alors un effet de l'augmentation des globules, devient cause de la diminution des globules. 4° La fibrine peut diminuer et les globules rester à l'état normal ou augmenter en même temps. Les effets de la diminution de la fibrine seront d'autant plus prononcés dans ce dernier cas que les globules augmentent davantage. Dans un cas de scarlatine, qui fut accompagnée d'apoplexie pulmonaire, la fibrine baissa à 2 pour 1000 parties de sang, ce qui est peu de chose, mais les globules étaient montés en même temps à 133,5. Un cas assez rare est celui où la fibrine augmente ; c'est ce qui a lieu dans l'hypérémie, qui mène à l'inflammation. Cette hypérémie porte en elle des conditions autres que celles d'un simple trouble de circulation. En elle sont déjà les éléments des futures terminaisons de l'inflammation, telles que la suppuration, l'ulcération, le ramollissement.

Les hémorrhagies et les congestions peuvent dépendre d'un simple état local ou d'un état général. Il faut chercher la cause des hémorrhagies locales dans le solide vivant ; tantôt c'est un obtacle qui s'oppose à la libre circulation, en empêchant le retour du sang des branches vers les troncs, comme dans les maladies du cœur ; tantôt elles sont produites par un stimulant local, comme dans le cas où un corps étranger pénètre dans la conjonctive ; il y détermine une effusion de sang, à laquelle l'altération de composition de ce fluide reste entièrement étrangère. Je pense aussi que le stimulant de l'inflammation peut également produire l'hémorrhagie d'une manière entièrement mécanique, en portant obstacle au cours des liquides, ou en augmentant la rapidité de leur cours, ou d'une autre manière. Du reste, je dois prévenir qu'il n'est pas toujours facile de découvrir si une hémorrhagie est de cause locale ou de cause générale ; souvent elle apparaît comme le simple résultat d'un état local, et une observation plus attentive finit par faire reconnaître qu'elle est

liée à une altération du sang. Certaines hémorrhagies incoercibles ne pouvent s'arrêter sous la seule influence d'un traitement local; elles se reproduisent opiniâtrement, jusqu'à ce qu'on ait dirigé une active médication contre l'état général. Les hémorrhagies constitutionnelles donnent parfois le change et sont prises pour des accidents purement locaux jusqu'à ce que leur reproduction, en plusieurs points, ait prouvé que leur origine est bien différente : on peut en dire autant des congestions. On commettrait de graves erreurs si l'on cherchait à les combattre toutes par des moyens locaux : les unes, n'étant que l'effet d'une altération du sang, ne peuvent cesser que sous l'influence d'une médication générale; les autres doivent être attaquées par un traitement local, dirigé contre l'altération du solide qui leur a donné naissance. Ce n'est donc qu'à l'aide d'une connaissance approfondie des vraies causes des congestions que l'on peut arriver à établir une thérapeutique efficace, et si l'on trouve dans les ouvrages anciens et modernes tant d'hésitation, d'obscurités et d'erreurs, il faut les attribuer à ce qu'on a longtemps ignoré les altérations du sang, qui donnent lieu aux congestions et aux hémorrhagies, et à ce que l'on était contraint de s'en tenir à l'observation des phénomènes extérieurs, qui ne peuvent donner qu'une idée inexacte, ou tout au moins incomplète, de la véritable nature de ces altérations.

La plétore est une cause très commune d'hémorrhagie et de congestion; celles-ci se montrent aussi, mais plus rarement, dans l'anémie. Il y a augmentation de globules dans le premier cas et diminution dans le second. J'ai dit que les hémorrhagies étaient rares dans la chlorose; cependant elles se montrent parfois dans cette maladie et dans tous les états morbides où il existe une atonie générale qui apporte une grande gêne dans la circulation et empêche le sang de traverser aisément les capillaires. On voit des femmes, dont les règles coulent trop abondamment chaque mois, pâles, faibles et anémiques, par suite d'un flux menstruel immodéré. L'observation apprend que, si l'on prodigue le fer, on rend des forces, on diminue ou l'on fait cesser les hémorrhagies. Ces cas offrent deux sortes d'hémorrhagies, l'une active et l'autre passive. Au commencement, c'était la pléthore, ou, en d'autres termes, l'augmentation des globules qui causait l'hémorrhagie, ou du moins la rendait aussi abondante; bientôt celle-ci est devenue passive, et avec signe de faiblesse, lorsque la pléthore et l'augmentation de globules ont été remplacées par l'anémie et la diminution des globules. Voilà donc deux états tout à fait inverses, qui se succèdent et se produisent l'un l'autre. Avant que l'on connût bien le genre d'altération qu'éprouve le sang dans l'un et l'autre cas, il eût été difficile de déterminer le mode de production et la vraie cause de ces hémorrhagies. Je ne veux pas dire qu'elles ont échappé aux anciens; la division des hémorrhagies en active et en passive est là pour témoigner de leur immense talent d'observation, que quelques esprits étroits ne veulent accorder qu'aux auteurs modernes.

Les congestions et les hémorrhagies qui résultent de la diminution de la fibrine surviennent chez les individus dont le sang a une grande peine à se coaguler, et qui forme un caillot mou et non recouvert de couenne. Les propriétés physiques du sang sont, dans ce cas, en rapport avec celles que l'analyse chimique fait reconnaître. Les hémorrhagies qui procèdent d'une telle origine se montrent dans les pyrexies, où la diminution de fibrine existe, dans la maladie de Vherloff, dans l'affection scorbutique, dans la fièvre typhoïde, et surtout dans les grands typhus épidémiques, dans la peste et la fièvre jaune.

Nous pouvons maintenant, avec les données qui précèdent, rechercher si les dénominations d'hémorrhagies actives et passives, employées dès les temps anciens, ont une véritable importance quand on se place au point de vue des altérations du sang. Les congestions et hémorrhagies actives peuvent être produites par un stimulus, sorte d'épine fixée dans les tissus; mais elles reconnaissent aussi pour cause une altération du sang, et celle-ci consiste en une augmentation des globules. La suractivité des fonctions, la vitalité de tous les tissus tiennent à l'accroissement des globules; aussi les sujets pléthoriques sont-ils exposés à des hémorrhagies que l'on a appelées actives. Les hémorrhagies et les congestions passives ont, comme les précédentes, leur point de départ dans les solides et dans le sang. Les congestions pulmonaires, qui se forment si fréquemment dans les derniers instants de la vie, à la suite des maladies qui amènent un affaiblissement graduel dans toute l'économie, ne se lient souvent qu'à la diminution des propriétés vitales des tissus. Il n'est donc pas étonnant que les liquides, et le sang en particulier, ne parcourent pas leurs canaux avec leur régularité ordinaire, et qu'ils finissent par s'épancher hors de leurs voies naturelles, ou par stagner dans les organes. Il faut distinguer avec soin ces congestions de celles qui, quoique également passives, sont déterminées par l'altération qu'a subie le sang : telles sont les congestions des fièvres graves. Les anciens, qui avaient fixé toute leur attention sur l'état du sang dans ces fièvres, ont désigné cette altération sous le nom d'état de dissolution du sang. Huxham est un des auteurs qui ont étudié ce sujet avec le plus de soin. Il ne sera pas sans intérêt de mettre sous les yeux du lecteur les recherches qu'a faites le médecin anglais et de leur comparer les études plus récentes dont les altérations du sang sont devenues l'objet. On y trouvera des vérités importantes mêlées à quelques erreurs.

Huxham commence l'étude des fièvres par l'histoire de la fièvre simple, qui est produite par la seule augmentation de l'action des solides sur les liquides, et de la réaction de ceux-ci sur les premiers. Il suppose trois cas dans lesquels la cause agit de la manière indiquée. Le premier est celui où un sujet bien constitué se livre à un exercice violent; il s'établit alors une réaction énergique du solide sur les liquides et réciproquement. Dans un second cas, la quantité des humeurs augmente comme chez un sujet dont le corps en sueur est exposé à un refroidissement subit. La nature, dans ce cas, travaille à expulser le trop plein des humeurs. Un troisième est celui d'un sujet qui boit une trop grande quantité de vin ou de boissons

spiritueuses ; il se produit alors une fièvre simple, qui cède bientôt à l'abstinence et au repos. Mais quelquefois le sang est trop fortement agité, et des globules rouges pénètrent dans des vaisseaux, qui ne les reçoivent pas habituellement. De là les obstructions si fréquentes dans les fièvres. Le traitement qui paraît à Huxham mériter la préférence sur tout autre est la saignée, « qui, en diminuant la quantité des globules rouges, affaiblit la force motrice. » Cette idée, que la saignée diminue les globules, est parfaitement exacte, et il est curieux de voir que les analyses récentes du sang sont en parfait accord avec les prévisions de Huxham; je dis prévisions, car le médecin anglais, ne pouvant faire reposer son opinion sur des analyses, avait été conduit à émettre son opinion d'après des vues purement théoriques. J'ai déjà dit plusieurs fois que dans la pléthore il y avait augmentation des globules, et que la saignée est le meilleur remède contre cet état du sang, puisqu'elle agit sur les globules, qu'elle diminue, et ce n'est que très-tard qu'elle peut atteindre la fibrine. A l'époque où Huxham écrivait, les analyses du sang étaient très-imparfaites, et la véritable composition de ce liquide encore peu connue; mais, par contre, on s'occupait beaucoup de l'examen microscopique des fluides, et tous les esprits étaient frappés de la découverte des globules que venait de faire le célèbe Leuwenhoeck ; aussi toutes les théories sur l'obstruction, sur l'erreur de lieu, sur les différents ordres de vaisseaux et de globules, prirent-elles naissance à cette époque. Huxham sacrifia, comme tous les autres, aux idées dominantes de son époque.

Il admet trois grandes altérations du sang : les deux premières sont ce qu'il appelle les *états constitutionnels du sang* ; la troisième est l'état de dissolution et de putréfaction du sang. 1° La première modification anormale du sang est celle dans laquelle les globules du sang sont augmentés, serrés les uns contre les autres, et trop compactes ou trop denses; de là résulte, suivant notre auteur, une plus grande densité, plus de viscosité du sang et une plus forte disposition de la masse de ce liquide à se solidifier une fois qu'il est sorti de la veine. Il dit que l'on observe plus particulièrement cet état chez les personnes d'une constitution robuste, qui ont des fibres fortes, qui font beaucoup d'exercice et se nourrissent bien. Il suppose que les vaisseaux sont très-forts et très-élastiques; qu'ils envoient le sang avec plus d'énergie; que le frottement du sang est plus considérable que dans l'état normal, et qu'enfin plus de chaleur est produite. Les parties les plus fluides du sang passent à l'état de vapeur, et ce liquide alors contacte une viscosité très-grande, qui finit par amener une imperméabilité des vaisseaux, et par conséquent des obstacles et des obstructions. Il attribue la croûte épaisse et gélatineuse, que l'on appelle la couenne pleurétique, à la chaleur de la fièvre, qui tend à coaguler toute la partie séreuse du sang et à la convertir en une gelée. Tout l'échafaudage, construit avec tant de peine par le médecin anglais, s'écroule devant les analyses récentes du sang. On ignore aujourd'hui, malgré les recherches microscopiques les plus actives et les plus multipliées, les altérations des globules. Quant à l'influence qu'exerceraient le frottement de ces corpuscules et la rapidité de leur marche sur la production de la fièvre, c'est là une idée toute mécanique, enfantée par l'imagination seule, et je ne dois pas m'y arrêter. Les hémorrhagies sont expliquées dans la théorie de Huxham par la rupture que déterminent les globules dans les petits vaisseaux.

2° La seconde constitution morbide du sang est caractérisée par la diminution des globules rouges dont la texture est lâche, et par la prédominance de l'eau. Les phénomènes qui dépendent de cet état des globules sont : la pâleur, la faiblesse, l'imperfection des sécrétions et les hydropisies. Il survient ensuite des obstructions, non plus de nature inflammatoire, comme dans la première altération du sang que j'ai étudiée, mais des obstructions froides qui tiennent à ce que les vaisseaux ne sont plus assez excités et que le sang stagne dans leur intérieur. Les congestions passives se forment de cette manière. La diminution des globules que Huxham avait admises par hypothèse, est aujourd'hui démontrée par les analyses dont nous avons déjà entretenu le lecteur. Elle s'observe dans l'anémie, la chlorose et dans les cachexies consécutives à des maladies chroniques.

3° L'état de dissolution du sang se montre dans le scorbut, qui peut être considéré comme un type de cette altération. L'hémorrhagie et l'adynamie en sont les phénomènes principaux. Le caillot est coagulé en une masse molle, diffluente et sans couenne. Le sérum ne se sépare que très-incomplètement du caillot; le sang qu'on tire des personnes qui sont affectées de pétéchies et d'ecchymoses se présente en une masse uniforme, à demi-figée, d'une couleur livide ou plus foncée qu'à l'ordinaire; il entre très-promptement en putréfaction. Huxham croit que les hémorrhagies naissent le plus souvent de l'âcreté des humeurs, qui détruit la contexture du sang et ronge les extrémités des artères capillaires. Il n'hésite même pas à les attribuer à la contexture trop lâche des globules rouges qui n'ont pas été assez condensés par l'action du cœur et des artères, et qui finissent par se briser. Huxham dit qu'en examinant le sang dans les vaisseaux, on voit les globules s'allonger pour pouvoir traverser les petits vaisseaux. Il admet, par hypothèse, que les globules peuvent se briser dans leur passage, et alors leurs débris entrent facilement dans les tuyaux excréteurs et transsudent par diapédèze, comme cela s'observe dans les hémorrhagies intestinales et des voies urinaires. Les pétéchies, les ecchymoses, proviennent aussi de ce que les globules rouges sont dissous et brisés et qu'ils entrent dans les artères séreuses et dans les vaisseaux exhalants où ils s'arrêtent et produisent des taches. Les pétéchies des fièvres malignes, les sueurs fuligineuses et les urines noires avec sédiment livide, la matière semblable à du café que l'on rencontre dans certaines urines, sont formées par le sang et tiennent à la dissolution de ce liquide. La dissolution du sang peut se montrer dans trois cas à un faible degré, comme chez les femmes dont les règles sont immodérées; cet état du sang est encore compatible avec la santé, mais s'il est porté à un plus haut degré, il se déclare une maladie dont les principaux symptômes sont l'hémorrhagie et la faiblesse.

La dissolution du sang peut ne se manifester qu'à l'occasion d'une autre maladie. On voit, par exemple, chez des sujets atteints de pneumonie, le sang n'offrir aucune couenne. Huxham parle d'une épidemie dans laquelle la pneumonie s'accompagnait de pétéchies et d'hémorrhagies, outre les autres symptômes propres à cette affection. Il la désigne sous le nom de fièvre péripneumonique épidémique; elle sévit sur des prisonniers et des marins en grand nombre; le sang que l'on tirait par la saignée était mou et sans consistance, tandis que celui des sujets atteints de pneumonie franche était dense, consistant et couvert d'une couenne épaisse.

Les causes de la dissolution du sang sont, les unes toutes spontanées, les autres, un effet de la pénétration dans l'économie de certains agents toxiques. Huxham range parmi ces derniers les sels alcalins, l'hydrochlorate d'ammoniaque, qui détruit ou dissout les globules en quelques minutes, l'eau de laurier cerise, la morsure du serpent hémorrhoïdal, le mercure, les provisions salées et à demi-pourries. Il est porté à croire que cette dernière cause détermine les fièvres pétéchiales, les dyssenteries, les hémorrhagies et le scorbut que l'on observe fréquemment à bord des navires, chez les matelots qui ont vécu longtemps des viandes salées et quelquefois à demi-corrompues. L'étude des altérations du sang permet de croire que dans tous les cas précités, il y a diminution de la fibrine par rapport aux globules. La privation absolue et prolongée de substances alimentaires peut conduire à la même lésion. Cependant il est plus vrai de dire que c'est l'anémie qui en est le résultat le plus ordinaire. Une température élevée a été considérée comme une cause capable de produire la dissolution du sang. Boerhaave parle, dans sa chimie, d'une expérience qui fut faite sur un chien. On le renferma dans une étuve de raffinerie de sucre; à mesure que les sueurs devenaient plus abondantes, on vit paraître les hémorrhagies par différentes voies, ce qui paraît à l'auteur un signe de la dissolution du sang. Il pense que la temperature élevée qui règne dans certains pays agit de la même manière, quoique avec moins d'énergie, et est capable d'imprimer aux maladies un caractère particulier. Huxham, prenant en considération l'expérience de Boerhaave, y voit une preuve irréfragable de l'influence délétère exercée par une chaleur élevée. Il faudrait des expériences plus précises pour mettre ce fait hors de doute; ce que l'on peut affirmer avec tous les observateurs anciens et modernes, c'est que les fièvres avec symptômes annonçant la dissolution du sang, sont très-communes dans les pays chauds, que l'altération du sang mérite toute l'attention du praticien, et réclame une médication toute spéciale qui avait été admirablement tracée par les anciens.

Au nombre des causes qui produisent l'abaissement de la fibrine, on doit placer les miasmes infectieux et contagieux. Huxham, qui les a signalés, ne leur reconnaît pas une influence nécessaire sur la dissolution du sang. Il faut d'abord que le sang soit modifié d'une certaine manière avant de recevoir cette influence; c'est là ce qui explique la différence des symptômes qui sont tantôt inflammatoires, et tantôt typhoïdes et ataxiques.

Il y a une autre série de causes qui a son point de départ dans l'organisme; le pus est un agent de cette nature; il en est de même du sang et de la chair putréfiés. On sait que Gaspard institua un certain nombre d'expériences dans le but de démontrer l'influence délétère exercée par les liquides septiques sur toute l'économie; ces expériences ont été répétées un grand nombre de fois et confirmées par des faits empruntés à la pathologie. La plupart des agents toxiques que nous venons de passer en revue sont considérés, encore aujourd'hui, comme capables d'entraîner une modification profonde dans la composition du sang; ils agissent surtout en changeant les rapports des globules à la fibrine, soit que que celle-ci diminue, soit que les globules augmentent d'une manière absolue. Si l'on retranche du travail de Huxham ce qui n'est qu'hypothèse, on est surpris de retrouver une foule de faits curieux qui, loin d'avoir été ruinés par les connaissances chimiques actuelles, ont été confirmés par elles. Je dois faire remarquer toutefois que Huxham n'a été conduit à quelques vérités mises hors de doute aujourd'hui, qu'à l'aide du raisonnement et de l'hypothèse.

Du sang dans les flux. — On peut admettre que quand une grande quantité de matériaux organiques s'échappent de l'économie, le sang est appauvri. Les pertes peuvent s'affectuer par des sueurs copieuses ou par les urines, comme dans le diabète. Un flux peut être envisagé comme une hydropisie dont le liquide, au lieu d'être retenu dans une cavité, s'épanche au dehors. Ce que j'ai à dire des hydropisies peut donc s'appliquer aux flux.

Il y a un certain nombre d'hydropisies qui sont tout à fait indépendantes de l'état du sang; telles sont les hydropisies produites par un obstacle à la circulation, ou par l'inflammation. Il en est d'autres qui ont été considérées généralement comme un effet de l'appauvrissement du sang; ce liquide est supposé contenir une plus forte proportion d'eau que dans l'état normal. On a admis, d'après l'observation des symptômes, une hydropisie par pléthore, une autre par anémie. La première est celle dans laquelle tous les éléments du sang sont augmentés et particulièrement les globules. On a exagéré les cas où la pléthore produit l'hydropisie; ceux que l'on a cités étaient probablement des cas complexes, dont le diagnostic n'avait pas été bien porté. Sans rejeter entièrement l'existence des hydropisies qui reconnaissent une telle origine, on doit se montrer très-réservé sur ce sujet et attendre que des faits récents aient été recueillis par des hommes qui ont l'habitude d'interroger soigneusement tous les organes, et spécialement ceux chargés de la sécrétion urinaire.

Trouve-t-on des hydropisies déterminées par l'anémie? Il faut distinguer plusieurs espèces d'anémies; 1° l'anémie ordinaire, où il y a simple diminution des globules; 2° l'anémie avancée, dans laquelle les globules sont diminuées et la fibrine également. Dans la chlorose, qui est une anémie de première espèce, l'hydropisie est un accident très-rare, quel que soit le degré de la maladie; c'est ainsi qu'on la voit manquer dans des chloroses où l'abaissement des globules est considérable, dans ceux, par exemple, où ils sont descendus à 27. Chez quelques malades le bas des jambes et le pourtour des malléoles

offre de l'empâtement ou un très-léger degré d'œdème; il en est qui présentent de la bouffissure au visage, du gonflement aux paupières, mais jamais on ne rencontre d'hydropisies, ce qui prouve que la diminution seule des globules ne suffit pas pour expliquer la production des hydropisies. Dans les anémies qui se manifestent chez l'homme, cet accident est tout aussi rare que chez la femme. La phthisie pulmonaire simple, et les maladies organiques de l'estomac amènent une diminution des globules, mais jamais d'hydropisie, et toutes les fois que celle-ci se montre, on doit chercher sa cause ailleurs que dans l'affection organique. Il est rare qu'on ne découvre pas quelques-unes de ces lésions dont l'épanchement de sérosité est un effet ordinaire. J'ai eu tout récemment occasion de reconnaître cette vérité sur un malade couché dans une des salles de la Charité; il était atteint du tubercules pulmonaires et présentait en outre une infiltration considérable des membres inférieurs et de la peau du ventre; je n'hésitai pas à déclarer que l'altération profonde, dont le poumon était le siege, n'était pas la cause de l'œdème, et l'examen des urines prouva que les reins étaient malades.

L'hydropisie se montre dans des cas où il est difficile d'arriver à la détermination précise de sa cause : on l'observe chez des sujets atteints de cancers utérins accompagnés de métrorrhagie; chez les enfants soumis à des émissions sanguines. Sans doute ces pertes de sang ont pour effet de diminuer les globules et les autres matériaux du sang; mais, je le répète, cette modification du sang ne suffit pas pour expliquer l'hydropisie, puisque celle-ci est rare dans la chlorose, où il y a cependant une diminution si marquée des globules. On peut sortir d'embarras en disant que l'abaissement considérable des globules s'est effectué rapidement et que l'hydropisie tient à cette cause. On peut alleguer encore la diminution rapide de l'albumine. En effet, cette modification subite des qualités du sang ne se rencontre pas dans la chlorose. Du reste, je crois qu'il faut déclarer que ce sujet est encore environné de trop de ténèbres pour que l'on puisse émettre une opinion arrêtée sur la cause de ces hydropisies.

Dans certains cas où la nourriture est insuffisante et de mauvaise qualité, en temps de disette, par exemple, il n'est point rare de rencontrer ces hydropisies. M. Gaspard les a observées sur des habitants de la campagne qui avaient été privés d'aliments pendant la durée d'une disette affreuse, et qui avaient été contraints de vivre comme les bestiaux, de plantes herbacées et des racines qu'ils pouvaient se procurer. On peut assurer que l'altération du sang consistait dans une autre modification que dans la diminution des globules, sans quoi ils auraient été chlorotiques.

Lorsqu'une grande quantité d'albumine s'échappe par les reins, il se forme des hydropisies; il y a tout à la fois diminution des globules et sortie d'une forte proportion d'albumine. On serait tenté d'attribuer l'épanchement séreux à la dernière modification du sang; j'ai dit que la diminution des globules était insuffisante pour la produire; mais, je le répète, rien n'est fixe à cet égard. Dans une maladie aussi complexe que l'albuminurie, qui n'est point une simple néphrite comme l'ont imaginé quelques auteurs, il y a certainement autre chose que l'altération du rein; le sang est altéré, mais on ne sait pas encore bien de quelle manière il l'est et quelle part il a dans la production de la maladie.

Il y a des hydropisies dont il faut chercher le siége dans les solides; il est assez commun d'observer l'hydropisie dans les pays équatoriaux, chez des sujets qui ont été exposés au froid de la nuit. On ne peut pas affirmer qu'elle est liée à une maladie de Bright, parce qu'il faudrait que l'examen des urines eût été fait par les médecins qui ont été témoins de faits semblables; seulement on doit avouer que le refroidissement est souvent le point de départ de cette maladie.

En résumé, la diminution seule des globules, quelque considérable qu'elle soit, si elle s'est effectuée lentement, n'a pas le pouvoir d'engendrer l'hydropisie. Si elle est rapide, on peut seulement dire qu'il y a coïncidence, sans qu'il soit permis d'aller plus loin. Si l'on admettait que la diminution des matériaux solides du sérum et de l'albumine spécialement, est cause de certaines hydropisies, on pourrait peut-être rapprocher les faits suivants : 1° le sérum que l'on obtient par l'application d'un vésicatoire contient moins d'albumine que le sérum du sang; 2° M. Dutrochet a constaté que, dans le phénomène de l'endosmose, c'est le liquide le moins dense qui traverse le liquide le plus dense renfermé dans la poche membraneuse; on peut donc se demander si la diminution de l'albumine du sang chez les sujets affectés d'albuminurie ne permettrait pas au sérum de transsuder plus facilement dans le tissu cellulaire; il en serait de même des autres cas où l'on trouve l'appauvrissement. Disons, en terminant, que le terme appauvrissement du sang est vague lorsqu'on prétend l'appliquer à toutes les hydropisies, puisque celles-ci n'existent pas dans la chlorose, où il y a cependant une diminution si considérable des globules et appauvrissement du sang.

Produits accidentels contenus dans le sang.— Les tubercules, la matière squirrheuse et encéphaloïde, ne sont pas le simple produit de la maladie des solides; ils sont très-probablement liés à un état plus général auquel participent les différents liquides de l'economie; on désigne cet état général par le mot diathèse, qui sert à faire comprendre que le mal consiste en une modification que nous ne connaissons pas. Une autre modification, consécutive à la première, est la cachexie; c'est une modification morbide plus tranchée et qui dépend de la précédente. On a été porté de tout temps à rechercher la cause de la diathèse dans une altération du sang. Les anciens n'avaient pas reculé devant les explications; mais aujourd'hui l'on aime mieux avouer l'ignorance où l'on est sur la nature des altérations humorales. Ce qu'il faudrait rechercher avant tout, c'est s'il existe des modifications dans tel ou tel élément du sang, et quel est le rapport entre cette modification et le produit morbide. Les matériaux du sang sont-ils augmentés, ou diminués, ou altérés dans leurs qualités? Dans la diathèse calcaire, par exemple, il faudrait examiner s'il n'y a pas quelque modification des matériaux inorganiques du sérum:

si dans le rachitisme il y a diminution du phospate calcaire, etc. Toutes ces questions, qui se rattachent aux plus hautes questions de pathogénie, ne peuvent être convenablement traitées tant que l'on ne possédera pas des analyses précises du sang.

Le dernier ordre de maladies dans lesquelles nous avons à rechercher l'état du sang renferme les névroses. On peut dire d'abord, d'une manière générale, que ce liquide n'offre rien d'appréciable. Il existe de grandes différences dans la constitution des sujets atteints de névrose; il est rare qu'on l'observe chez des sujets d'une constitution forte et pléthorique; on est donc porté à croire que l'augmentation des globules est opposée à la production des névroses; leur diminution, au contraire, semble la favoriser. Le faible développement du système musculaire, la pâleur, la constitution anémiée, coïncident souvent avec les névroses, et quand les premières circonstances se rencontrent chez un sujet, les névroses s'exaspèrent. Faut-il en conclure que la diminution des globules, qui constitue l'altération du sang propre à ces différents états physiologiques et pathologiques, se rapporte aux névroses existantes? Cette conclusion serait téméraire, car il y a des affections où la diminution des globules est marquée, et cependant il ne se manifeste aucune névrose. Souvent les sujets nerveux ont toutes les apparences de la pléthore, mais l'analyse de leur sang y fait découvrir moins de globules; c'est là une fausse pléthore, dont il faut savoir se défier, car elle conduit à pratiquer des émissions sanguines qui sont très-mal supportées. Du reste, dans les cas dont nous parlons, jamais l'abaissement des globules n'est porté aussi loin que dans l'anémie.

J'ai terminé la relation exacte des importantes recherches entreprises par MM. Andral et Gavarret; j'ai signalé les nombreuses déductions que M. Andral en a fait jaillir, et les applications utiles qu'il en a faites à la pathologie. La question si longtemps agitée des fièvres en a reçu, non pas une solution complète, mais une vive lumière, qui peut servir à éclairer plusieurs points de leur histoire. Il n'est plus permis désormais d'assimiler la fièvre typhoïde à une phlegmasie; les modifications si différentes qu'offre le sang dans l'une et l'autre établissent entre elles une séparation bien tranchée. Les auteurs systématiques, qui veulent que la fièvre typhoïde soit une inflammation de la membrane muqueuse intestinale, de ses follicules, ou une inflammation ulcéreuse de l'intestin, n'ont pas été satisfaits des analyses du sang, parce qu'elles n'étaient pas en harmonie avec leur doctrine. C'est là un très-petit malheur pour la science, qui n'a pas à s'occuper des opinions propres à tel ou tel médecin, et qui doit simplement énoncer les faits qu'elle croit véritables, en appelant sur eux la critique et l'examen. La seule manière de détruire les faits qui ressortent des nouvelles analyses du sang, c'est de recommencer celles-ci et de montrer qu'elles sont imparfaites et fautives. Jusque-là, elles seront admises comme vraies et fécondées par ceux qui marchent dans une voie indépendante et qui ont secoué le joug des doctrines exclusives. Si l'on demande en quoi l'analyse du sang a été utile dans l'étude des fièvres, je répondrai qu'elle a servi à montrer le rôle important que joue l'altération du sang dans la production de la maladie; ce rôle avait déjà été assigné aux humeurs par les anciens, qui avaient admis l'altération du sang d'après l'observation des symptômes et l'étude attentive des diverses circonstances de ces maladies; ils n'avaient fait que supposer l'existence d'une altération qui est réelle, mais dont ils ne pouvaient apprécier la nature. Le raisonnement, l'hypothèse, les expériences plus ou moins parfaites furent employés tour à tour par les auteurs de l'humorisme, en faveur de leur doctrine; il faut reconnaître, qu'à défaut d'expériences précises, que les connaissances chimiques ne leur permettaient pas de faire, ils se sont servis admirablement des faits importants que leur fournissaient l'étude des symptômes et la comparaison qu'ils avaient établie entre divers ordres de maladies de nature évidemment humorale.

Aujourd'hui, que les altérations du sang dans les fièvres sont mieux connues, avons-nous découvert leur véritable nature? Savons-nous si les humeurs, et le sang en particulier, en sont le véritable point de départ? Possédons-nous enfin le principal et le premier élément de la maladie? Je vais essayer de répondre à ces diverses questions. Les analyses montrent que l'altération du sang s'effectue de très-bonne heure dans les fièvres éruptives et typhoïdes; dès les premiers instants de la maladie, elle est appréciable et se prononce à mesure que les symptômes prennent plus de développement; l'altération du sang est donc un élément essentiel de la maladie; mais il ne peut en être considéré comme la seule cause, ou du moins il faut de nouveaux faits, de nouveaux rapprochements, pour conduire à cette conclusion. Ce que l'on peut affirmer, c'est que la lésion du sang est un élément morbide beaucoup plus primitif, pour ainsi dire, que ne l'est la maladie des plaques de Peyer. Quand on découvrit cette dernière altération, on crut avoir saisi le point de départ des phénomènes morbides. Broussais, et les auteurs qui ont embrassé sa doctrine, à quelques nuances près, ne voient dans la fièvre typhoïde qu'une ulcération inflammatoire des glandes intestinales; pour eux, la maladie a son origine dans cette lésion; d'autres y ajoutent quelque autre condition morbide. L'étude des altérations du sang démontre, de la manière la plus évidente, qu'il y a quelque chose d'antérieur à tout cela, et que le sang est modifié dans sa composition. Maintenant, peut-on dire que l'altération du sang est, en définitive, la cause du typhus? Je ne le crois pas, et je suis convaincu que nous ne sommes pas encore arrivés à connaître le dernier mot de cette maladie, dont les mystères sont si impénétrables. Peut-être n'y parviendrons-nous jamais!

Ces remarques, et beaucoup d'autres que je pourrais rapporter ici, démontrent, il me semble, que la pathologie est appelée à recevoir une vive lumière de l'étude analytique des humeurs, et en particulier du sang. Mais il faut bien se garder de croire qu'elle puisse être séparée de l'étude des solides. Il faut répéter, avec Bichat, que toute théorie exclusive de solidisme et d'humorisme est un véritable contresens pathologique; mais il faut aussi reconnaître qu'il est utile, pour le progrès de la physiologie et

de la pathologie spécialement, de savoir quelle part chacun de ces deux grands éléments de toute organisation prend dans la production des maladies. L'anatomie pathologique est arrivée à nous faire connaître un grand nombre d'altérations des solides; mais comme cette science n'a aucune prise sur les liquides, il était nécessaire que l'analyse chimique lui vînt en aide et recherchât les altérations des humeurs; cette étude est beaucoup moins avancée que la première, parce qu'elle est toute récente, et parce qu'ayant pour objet de faire connaître des changements moléculaires difficiles à constater, elle exige une habileté très-grande et des opérations délicates, qu'il n'est pas donné à tout le monde de savoir exécuter.

L'examen microscopique des liquides et des solides est le complément indispensable des deux ordres d'études que nous avons d'abord signalées. Ce mode d'exploration a rendu déjà des services signalés, et l'on peut prévoir qu'il en rendra bien d'autres à la science. On est en droit d'attendre d'immenses résultats du concours de ces trois grands modes d'investigation; et quand ils seront devenus plus familiers aux médecins, quand ceux-ci pourront tour à tour ou concurremment se servir de chacun d'eux, alors se dévoileront, sans aucun doute, des vérités nouvelles, des faits d'un nouvel ordre; alors aussi paraîtront, dans leur jour, les rôles assignés par la nature aux solides et aux liquides, soit dans l'état physiologique, soit dans l'etat pathologique. Il est à désirer que les médecins s'exercent à l'étude physique, chimique et microscopique des tissus et des humeurs, car ils ne parviendront à des découvertes importantes qu'en faisant marcher de front ces trois études, qui malheureusement ne leur sont pas connues au même degré. Tout le monde sait faire de l'anatomie pathologique; mais on ne sait pas manier avec un égal talent les réactifs et le microscope; il en résulte que l'observateur s'en tient à l'unique genre d'exploration qui lui est familier, et qu'il a une grande répugnance à en employer d'autres; ou bien, s'il y a recours, il est contraint de faire intervenir une personne étrangère, qui ne saisit pas toujours bien sa pensée, et qui ne peut varier les expériences et les essais comme il le ferait lui-même s'il possédait les connaissances indispensables pour cette étude. Ainsi donc, le chimiste, le micrographe, sont appelés tous les jours à faire des recherches spéciales sur quelques points de pathologie. Ce concours peut conduire et a déjà conduit à de fort belles découvertes; mais on peut affirmer que les résultats seraient bien plus remarquables si le médecin pouvait se livrer lui-même aux différentes études chimiques et microscopiques dont il a besoin pour éclairer certaines questions. Je crois que personne ne contestera la vérité de nos assertions, et s'il était besoin d'apporter des exemples à l'appui, nous citerions bon nombre d'observateurs qui, ne possédant qu'un seul de ces talents, n'ont jamais pu arriver à une seule découverte capitale, parce qu'ils n'ont jamais employé qu'un seul genre d'expérimentation. Il s'agit maintenant de décider s'il est possible à un médecin de posséder toutes les connaissances indispensables pour faire avec succès les recherches dont nous avons parlé. Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative : tout observateur intelligent qui, faisant des études spéciales sur un point de pathologie, voudra l'explorer sous les trois grands rapports que j'ai indiqués, pourra y parvenir après quelques études preliminaires. L'analyse chimique seule offre des difficultés; si l'on avait besoin de descendre jusque dans les manipulations les plus délicates de l'analyse élémentaire, il faudrait avoir des connaissances approfondies qui ne sont pas données le plus ordinairement au médecin; mais il est un grand nombre d'opérations analytiques et d'expériences qu'il peut faire avec un plein succès, et pour en citer un exemple des plus tranchés, nous rappellerons que les altérations du sang qui ont été constatées par MM. Andral et Gavarret, l'ont été par des procédés très-simples; des pesées exactes avec la balance et quelques calculs suffisent pour la détermination de la quantité des principaux éléments du sang.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 37.)

---

8. *Essai de thérapeutique morale;* par Reveilé-Parise.

Medicina nihil aliud est quam animi consolatio.
(Pétrone.)

V.

Application pratique des principes exposés.

Nous avons parlé de la toute-puissance de la parole chez le médecin, quand il s'agit d'une douleur de l'âme, quelle qu'en soit la cause. Mais, s'il est possible qu'il y joigne les actes, la guérison n'en sera que plus sûre et plus rapide. Avouons-le, toutefois, le médecin ne peut pas toujours détruire directement la cause externe, même quand il la connaît. En voici un exemple : Villarceaux, le dernier amant de Ninon, croyant qu'elle le trahissait, fit une grave maladie. Ninon coupe ses cheveux et les lui envoie pour prouver sa constance : à l'instant même le malade éprouve du mieux, et guérit en peu de temps. Qui ne connaît la belle action de Bouvart, pour un homme subitement ruiné, et par cela même accablé par la maladie. Mais il est très-peu de médecins, surtout dans le temps actuel, qui puissent disposer d'une somme de 30,000 fr.; cependant, par les circonstances, la position, la nature de la cause, on trouve presque toujours le moyen de soulager le malade; il n'y a rien de plus ingénieux que la bienfaisance, quand elle est active. Un médecin est appelé près d'un homme accablé de douleurs; bientôt il découvre l'origine du mal, l'infortuné était sur le point de perdre sa place, unique ressource de sa nombreuse famille. A l'insu du malade, ce médecin écrit au ministre; il lui peint avec force la position de son malade. Le ministre répond et donne l'assurance positive que la place ne sera pas réformée; on présume l'effet d'une aussi puissante médication sur le malade. Une dame, peu

favorisée de la fortune, venait de remercier un médecin de ses soins, et le prier d'en indiquer le prix. Tout en causant, ce médecin remarqua que la pauvre dame, ayant tiré une méchante tabatière de sa poche, ramassait avec le bout du doigt le peu de tabac qu'il y avait au fond. Il commença par fixer un prix excessivement modéré à ses honoraires; puis il dit : « Ah! vous n'avez plus de tabac, le mien est excellent; donnez-moi votre tabatière, que je la remplisse. » Il la remplit, en effet, mais il avait caché quatre louis au fond de la boîte. Voilà comment, avec du soin, de la prudence, de l'attention, surtout du dévouement, on parvient à faire des cures où le savoir entre pour moitié et la grâce des manières pour l'autre. L'essentiel est de bien saisir l'*idée fixe*, de l'observer avec art, d'en connaître l'intensité, d'en prévoir les résultats, sans trop laisser découvrir l'étude qu'on en fait. En effet, parfois, il faut, pour ainsi dire, épier la marche de la maladie morale, la suivre pas à pas, heure par heure; d'autres fois, se confier au temps, aux ressources de la nature, n'employer que des palliatifs. Tout dépend de la cause et de la susceptibilité des malades. Il en est qui désirent qu'on ne les quitte pas; il s'en trouve d'autres qui, s'apercevant qu'on multiplie les soins, concluent tacitement qu'ils sont beaucoup plus mal qu'on ne le dit; d'où résulte un surcroît d'agitation, une inquiétude sourde et rongeante, que l'on confond ensuite avec l'*idée fixe* primitive; de là, un diagnostic incertain, et de tristes résultats.

Ce que je viens de dire s'applique également aux médicaments. C'est à coup sûr dans l'hygiène bien réglée qu'on doit chercher les moyens assurés d'affaiblir et de guérir la douleur morale. Mais, quand celle-ci dépend d'une maladie chronique, il faut bien la combattre par des médicaments. Eh bien! il est peu de médecins qui ne connaissent la répugnance de certains malades pour les drogues, tandis que d'autres les désirent excessivement et en espèrent leur délivrance. Il convient donc de les satisfaire, mais avec discernement. Bien plus, il faut quelquefois changer fréquemment les substances médicamenteuses, en donner d'insignifiantes, les déguiser, leur imposer des noms extraordinaires. L'esprit humain est ainsi fait, et Pline, qui n'aimait pas les médecins, ne concède pourtant qu'à eux le droit de tromper les hommes. Ajoutons que, dans la douleur morale, l'imagination des malades est très-facilement impressionnable, toujours disposée à exagérer le mal présent, à croire le mal problématique de l'avenir. La plupart sont en quelque sorte hors d'eux-mêmes, *extra se positos*, dit le médecin Paul Zacchias. Attaquez donc l'*idée fixe* par tous les moyens possibles, afin de diminuer la surexcitation nerveuse qui en est la dangereuse conséquence; la fiction n'y fait rien, pourvu qu'elle aille au but. J'ai vu un malade atteint de catarrhe pulmonaire chronique fort grave; son imagination en faisait une phthisie pulmonaire. Son médecin, au lieu de sirop de guimauve, lui prescrivit, avec une sorte de solennité, le sirop d'althæa *composé;* alors, le malade, plein de confiance, obtint d'heureux résultats. Chez les femmes à imagination vive et qui cessent de nourrir, je préfère de beaucoup l'anti-laiteux de Weiss à tous les autres purgatifs, bien qu'il n'agisse que comme ces derniers; mais le nom contribue essentiellement à son efficacité. Le docteur Miquel, l'habile rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, nous a cité l'observation suivante : Un homme de lettres, M. de L.. L., accablé de chagrin et de douleurs nerveuses, se soulageait par l'usage de l'opium, qu'il faisait acheter à la dérobée, tantôt chez un pharmacien, tantôt chez un autre; mais il en éleva tellement les doses, que l'on craignit des accidents formidables. Sans prévenir son malade, notre confrère fit substituer à l'opium du jus de réglisse mêlé d'extrait de laitue, et les effets furent absolument les mêmes. C'était au point que quand le malade sortit, il se trouva obligé de l'avertir, afin qu'il ne prît pas, chez un pharmacien, l'énorme dose d'opium à laquelle il se croyait accoutumé. Quelquefois même il est utile de frapper l'esprit du malade par un acte hardi et ingénieux. Un jeune médecin de New-Yorck, voulant guérir un de ses clients de la funeste passion de boire des liqueurs spiritueuses, lui dit qu'il pourrait être atteint d'une *combustion spontanée*. A quelque temps de là, il lui pratique une saignée, puis il eut l'adresse de verser dans le bassin qui recevait le sang, une certaine quantité d'alcool très-rectifié. La saignée faite, le chirurgien jette un peu d'étoupe allumée sur le sang, qui s'enflamma aussitôt. Le malade, effrayé, promit qu'à l'avenir il éviterait le rhum et l'eau-de-vie, comme autant de poisons. C'est au médecin à varier le moyen d'après les circonstances, l'individu et la nature de l'*idée fixe*. Bourdois de la Motte, célèbre praticien de Paris, consentit à faire porter un collier de cinq têtes de vipères, enveloppées de mousseline, à une jeune fille atteinte d'une maladie nerveuse aussi bizarre que dangereuse, et le remède eut un plein succès. C'est ainsi qu'agissent les amulettes, les talismans, les incantations magnétiques, etc. Bien que ce soit une chose connue, une vérité acceptée par les praticiens, il n'en est pas moins vrai que la puissance de l'imagination, pour la guérison des maladies, est bien loin d'être connue; les remèdes matériels absorbent trop l'attention des médecins. Cependant on observe tous les jours de surprenants effets de l'efficacité de la première. Il y a peu d'années, qu'à vingt lieues de Paris, je vis une vieille dame asthmatique, et cruellement tourmentée par l'idée qu'elle n'avait plus que quinze jours à vivre. Cette dame avait fait venir de Paris, je ne sais qu'elle machine, au moyen de laquelle on respirait un gaz singulièrement efficace.. *selon le prospectus*. Quoique je n'eusse aucune confiance dans un pareil moyen, je demandai à la malade si elle s'en trouvait bien. « A merveille! me répondit-elle; demandez-le à ma fille, qui depuis huit jours aide à mes expériences. Il n'y a pas de comparaison entre mon état actuel et ce que j'éprouvais avant de respirer cette bienfaisante vapeur; mon imagination est calme, et j'engraisse. » Eh bien! trois jours après, j'appris que la bonne dame, ainsi que sa fille, avaient négligé de tourner la manivelle qui permettait au gaz de couler librement; à peine ce dernier fut-il respiré, que des accès de toux violente et réitérée forcèrent bientôt d'y renoncer. Que de faits sembla-

bles ne pourrait-on pas rapporter ? Un peu plus, un peu moins, nous ressemblons tous, pour la prévention, à ce vieillard qui, dans une comédie burlesque, est obligé de coucher dans la rue. Scapin, qui l'accompagne, fait avec sa bouche le bruit d'un rideau qu'on tire le long d'une tringle ; il demande ensuite au vieillard transi comment il se trouve : « Oh ! dit celui-ci, beaucoup mieux, il n'y a pas de comparaison ; je commence même à me réchauffer. »

Du reste, il ne faut pas croire que les personnes ignorantes, ou d'un petit esprit, soient les seules où se manifeste la puissance de l'imagination contre la douleur, physique ou morale. D'illustres savants en ont cité plusieurs exemples très-notables ; en voici un digne de remarque : Quand on eut découvert les propriétés de l'oxyde nitreux, le docteur Beddoës crut que cette substance lui offrirait un spécifique certain contre la paralysie. Davy, Coleridge et lui se déterminèrent à tenter une expérience, non pas *in animâ vili*, mais sur un paralytique de bonne maison, abandonné par les médecins. Le patient ne fut point averti du traitement auquel on allait le soumettre. Davy commença par placer sous sa langue un petit thermomètre de poche, dont il se servait dans ces occasions, pour connaître le degré de chaleur du sang, degré que l'oxide nitreux devait augmenter. A peine le paralytique eut-il senti le thermomètre entre ses dents, qu'il fut persuadé que la cure s'opérait, et que l'instrument merveilleux dont le docteur lui avait vanté la puissance, n'était autre que le thermomètre. « Ah ! s'écria-t-il, je me sens mieux. » Davy adressa un regard expressif à Beddoës et à Coleridge. Au lieu du spécifique, on se contenta du thermomètre. Le lendemain, même cérémonie, qui se répéta encore le surlendemain. Pendant quinze jours consécutifs, le mystérieux talisman fut placé avec toute la solennité convenable, sous la langue de ce pauvre homme, dont les membres se délièrent, dont la santé renaquit, dont la cure fut complète, et auquel on ne fit subir aucun autre traitement. Si Davy n'eût pas entouré d'un certain mystère son expérience, s'il avait négligé la partie dramatique de son art, s'il avait dit au patient : « Voici un thermomètre qui doit servir à tel usage, » le malade serait resté paralytique, et la guérison par l'acide nitreux aurait peut-être entraîné sa mort. (*Revue britannique*, 2e série, n° 21.) Les recueils scientifiques, je l'ai dit, abondent de pareils faits, et la pratique journalière en fournit de nouveaux. Le point essentiel pour essayer de tels moyens est de bien considérer, d'une part, la nature et la force de la cause ; de l'autre, le tempérament intellectuel du malade.

Cette dernière considération mérite surtout un examen particulier. Quel est, en effet, le but qu'on se propose d'atteindre dans le cas de douleur morale aiguë ou chronique ? Affaiblir et user, dominer ou briser l'*idée fixe ;* on doit s'attacher, le tempérament intellectuel étant donné, à fortifier, et, comme on dit, à *remonter* le moral du malade. Il faut que la volonté l'emporte enfin, que le MOI réacteur triomphe de l'idée énervante et déjà morbide. Le corps *doit* et l'esprit *veut*, appliquez donc ce principe à toute douleur morale, et vous finirez par la vaincre. Il y a une force venant des profondeurs de l'âme humaine, dont on ne connaît qu'imparfaitement l'étendue. Toutefois, ainsi que j'en ai fait la remarque, ce n'est pas au début que la volonté, bien que soutenue, affermie par le médecin, l'emportera ; quoi qu'on fasse, il y a un temps de crise à passer. Le malade, comme anéanti par le malheur, entraîné par la douleur, est toujours prêt à répondre : dites donc à mon cœur de ne plus battre ; ordonnez donc à mon sang de ne plus couler dans mes veines, à mon souvenir de s'éteindre. Mais peu à peu la vive impression s'émousse, la volonté se relève et se retrempe, le temps marche ; bientôt la souffrance ne laisse plus qu'une cicatrice et un reste de sensibilité. On dirait que la douleur morale se compose d'une suite d'oscillations, dont la première touche au désespoir, et la dernière au repos. Ces effets sont d'ailleurs proportionnés à l'énergie du caractère, à son action plus ou moins intense sur la cause du mal. Les âmes fortes, habituées au combat, sont excellentes pour hâter de leur vertu cet apaisement des perceptions affectives et douloureuses. Elles les remplacent successivement par des perceptions d'un autre genre ; elles les combattent du moins par de nouvelles sensations, et bientôt ce ne sont plus pour elles que de vagues instincts, un sentiment confus, qui restent dans la conscience, sans l'agiter ni la troubler. Aussi ne remarque-t-on plus cette inquiétude fébrile, ces tressaillements d'espoir et d'abattement que produisent les petites circonstances, les moindres bruits, les actions, les paroles les plus insignifiantes, symptômes d'un esprit malade et préoccupé, qui se prend d'une profonde tristesse à propos de rien et à propos de tout. La guérison marche vite ; car, bien qu'on ne puisse nier la puissance de l'organisme, l'âme est pour le corps un agent qui le domine et le transforme. C'est ainsi que la vie spirituelle a sa *force médicatrice*. Sans doute, pour obtenir son entier développement, il faut toute la liberté morale ; mais ce premier des biens est, comme tous les autres, le fruit du travail et le prix du combat. D'autres fois, si la volonté manque d'énergie pleine et directe, on parvient au but par la résignation ; le chemin est plus long, mais souvent plus sûr. Le courage, voilà l'arme du fort, la résignation est celle du faible. C'est ce que l'on observe chez beaucoup de femmes ; elles pleurent, elles attendent et elles guérissent ; aussi les désordres organiques, suite de la douleur morale, sont-ils beaucoup plus rares chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, une volonté dans toute sa puissance, ou une volonté qui se plie, mais ne s'abat jamais, tel est un des moyens les plus efficaces pour combattre la souffrance morale. Un écrivain illustre de nos jours a dit : « Il n'y a au monde qu'une sagesse, qu'une force, c'est d'attendre le flot et de rester ferme quand il vous inonde, de nager quand il vous entraîne, de croiser ses bras et de mourir avec insouciance quand il vous submerge. » Ce principe stoïque trouvera peu de sectateurs, parce qu'il est contraire à la loi première de l'organisme, la conservation. La nature, la médecine et la philosophie crieront toujours à l'être animé : *Vis et souffre le moins possible.*

Maintenant, aidons-nous d'un autre moyen thérapeutique. Ne croyez pas que cette volonté, quelque forte qu'on la suppose, puisse triompher si la cause persiste. On connaît ce principe très-anciennement admis dans la pathologie matérielle : *Sublatâ causâ, tollitur effectus;* ôtez l'épine, l'irritation cesse. Eh bien ! le même axiome est en tout applicable à la thérapeutique morale. A la vérité, dans beaucoup de cas, par exemple, dans une maladie chronique, le médecin ne saurait écarter la cause qui perpétue l'idée fixe. Mais outre qu'il y a des moyens d'amoindrir celle-ci, il est une infinité de circonstances où la cause peut être ou détruite, ou dissimulée, ou éloignée par le temps. L'art du médecin est d'attirer vers la surface le chagrin qui ronge le cœur, de le réduire à une douce tristesse, puis de l'effacer entièrement. Mais comment y parvenir, s'il n'églige d'écarter la cause immédiate ou indirecte, si celle-ci, toujours pressante, irrite sans cesse la plaie morale? Quand on dit qu'après un certain nombre d'années une personne a succombé à sa douleur, on peut-être certain que l'idée fixe, comme le *spectre* d'Hamlet, a été entretenue, ravivée, soit par l'imagination, soit par les objets extérieurs. Dans une situation déchirante de la tragédie d'Inès de Castro, on lit ce vers :

Éloignez mes enfants, ils *irritent* mes peines.

Rien de plus exact, moralement et médicalement parlant. Il est certain que l'attention excessive que l'on prête aux maladies de l'âme contribue infailliblement à les entretenir et à les aggraver. C'est bien autre chose quand on irrite sans cesse l'idée et, par suite, le système nerveux, l'économie entière, non-seulement par le souvenir, mais encore par les portraits, par les lettres, les lieux, les tombeaux, etc. Il y a des convenances, des devoirs à observer, nul doute; cependant, Bentham dit avec raison que, si on renonçait au *deuil*, on épargnerait au monde une grande somme de souffrances. Plus une pensée triste est profonde, plus par cela même on la trouve tenace; elle le devient bien autrement quand on y joint des perceptions analogues, qui la nourrissent et l'exaspèrent. Il faut oublier ses douleurs ou se creuser une tombe; il n'existe point d'alternative. Y a-t-il au monde quelque chose de plus poignant, de plus douloureux pour le cœur d'une mère, que l'aspect des pièces d'habillement ou les joujoux d'un enfant chéri qu'elle vient de perdre? C'est à briser sur-le-champ le cerveau, et produire immédiatement la folie. La comtesse d'Harcourt perdit son mari, qu'elle aimait beaucoup; non contente de lui faire élever un superbe mausolée, elle fit modeler en cire sa statue, qu'on revêtit avec la robe de chambre, la perruque du défunt, etc. Cette statue, de grandeur naturelle, fut ensuite placée dans la chambre à coucher du comte, où la malheureuse veuve passait les jours et les nuits à pleurer. Une aussi constante et terrible excitation de la douleur morale amena bientôt de funestes résultats, et la comtesse d'Harcourt ne tarda pas à rejoindre dans le tombeau celui qu'elle avait tant regretté. De nos jours, nous avons vu madame N... venir de Naples, accompagnant le cercueil de son mari, en ne perdant jamais de vue ce monument de sa douleur, et la source qui la renouvelait sans cesse. Aussi, quelques mois suffirent pour éteindre sa pénible existence. On voit, par ces exemples, combien il importe de soustraire le malade à l'impression funeste de certains objets.

Et, s'il était possible d'étouffer les souvenirs, on hâterait infiniment la guérison; mais ceci n'est donné qu'au plus heureux des médecins, le temps. Chez les anciens, on croyait que les âmes heureuses buvaient les eaux du *Léthé*, avant de parvenir dans l'Elysée; il y a dans ce dogme une profonde connaissance du cœur humain. La mémoire ne rappelle point la douleur physique; ce triste privilége n'appartient qu'à la douleur morale; mais ce qui augmente le mal et l'entretient, c'est la perpétuelle comparaison que la victime fait de son état présent avec celui qu'elle regrette (1). La mémoire est alors un tourment sans fin contre lequel il faut lutter sans cesse et par toutes sortes de moyens. Il est surtout quelques personnes sensibles et exaltées chez lesquelles les objets extérieurs et les souvenirs agissent avec une puissance singulière. Un rien les ramène au point d'où elles sont parties, d'autant plus que ces mêmes personnes éprouvent le cruel besoin d'analyser les chagrins qui les oppriment. Elles s'acharnent sur leur douleur, elles la méditent, elles la savourent pour ainsi dire. Une lettre, un mot, une allusion, le son particulier d'une voix, un morceau de musique, certains parfums, etc., tout devient pour elles la cause incessante de nouvelles douleurs; la plaie s'irrite toujours, car le caustique y est sans cesse appliqué. Le médecin doit étudier attentivement ces infortunes; il faut surtout qu'il s'applique à éluder certaines questions du malade, et qu'il guette la douleur avec cette adresse, ce sang-froid, qui semblent d'instinct, tant ils paraissent naturels, mais qui sont le fruit d'un tact exquis joint à une longue pratique. Cependant, que le médecin n'aille pas trop loin; prenez garde que le malade ne trouvant le poids trop lourd et l'épreuve trop forte, ne succombe à la tentation du suicide, ou bien que, concentrant en lui la douleur qui l'opprime, il ne refuse sa confiance. Alors, plus d'espoir de soutenir, de fortifier, d'exalter même sa volonté, de lui donner cette force d'âme qui commande au corps de vivre, quel que soit le profond et amer sentiment de l'injustice du sort.

Il est encore un moyen de thérapeutique morale qu'il ne faut pas négliger, c'est la *révulsion*. L'action nécessaire, énergique de la volonté, est certainement indispensable, ainsi que l'éloignement graduel des souvenirs et des objets extérieurs; mais

(1) Il y a longtemps que Boëce a dit : In omni adversitate fortunæ, in felicissimum genus est infortunii, fuisse felicem. (De Consolat., lib. XII.)

Un ancien poëte français, Berthaut, a parfaitement exprimé cette idée par ces vers si connus :

Félicité passée
Qui ne peut revenir,
Tourment de ma pensée,
Que n'ai-je, en te perdant, perdu le souvenir.

ces moyens ne suffisent pas. Leur action manque trop souvent d'efficacité ; il faut les aider. Quelques élans plus ou moins répétés de volonté forte ont lieu; ils ébranlent l'*idée fixe;* toutefois la plus petite circonstance fait bientôt perdre tout le terrain conquis; alors l'abattement, la tristesse, le découragement n'en sont que plus profonds, plus marqués. L'idée fixe a repris sa fatale influence sur le cerveau et l'organisme entier. Alors quel moyen reste-t-il au médecin? C'est d'opposer, s'il est possible, une passion à une autre, de combattre un sentiment vif par un autre qui ne l'est pas moins. Une ambition guérit un désir effréné, violent, mais dans une direction contraire ; un amour n'est complétement éteint que lorsqu'un autre amour a brûlé sur sa centre. Ce remède fut de tout temps conseillé par les moralistes, et son efficacité se confirme chaque jour par la pratique matérielle de l'art et par les moyens moraux qu'il emploie ; en définitive, la médecine ne fait que changer en certitude les vraisemblances de la philosophie. Que s'agit-il ici? de modifier par d'autres idées la direction des idées exclusives ; en un mot, de soumettre le cerveau à des impressions plus ou moins vives, mais autres que celles qui, profondément enclavées dans l'entendement et concentrées dans l'idée fixe, surexcitent continuellement cet organe. S'il est permis de se citer soi-même, voici ce que l'auteur de cet essai a dit, dans un ouvrage où il s'est efforcé de résoudre beaucoup de questions relatives au système nerveux : « Quand la foudre menace un édifice, que fait un habile physicien ? Il diminue graduellement la masse d'électricité et il la disperse. Ah ! qu'un fil conducteur de nos passions serait une précieuse découverte pour l'humanité ! Toutefois on peut en imiter les effets en changeant lentement, successivement les sentiments qui prédominent (1). »

Cette révulsion peut se faire de deux manières ; en agissant directement sur l'organisme et puis sur le moral ; plus heureusement encore si l'on peut continuer ces deux ordres de moyens de manière qu'ils puissent agir simultanément. Tâchons d'en apprécier rapidement les effets.

Le régime. Qui n'a pas entendu parler des méthodes expurgatives et sanctifiantes des anciens hiérophantes ou prêtres d'Egypte! Qui ne sait encore que, dans la plupart des religions, le jeûne, les macérations, le choix de certains aliments, les bains, les ablutions, les pratiques de toute espèce ne sont autre chose qu'un système hygiénique plus ou moins heureux employé contre l'instinct exalté ou la passion? On ne saurait nier que ces moyens, sagement combinés, selon l'individu, le climat, les circonstances, ne produisent de bons effets ; ils modifient l'organisation, et ils soutiennent la raison ; de nos jours on les néglige beaucoup trop. Agissez donc sur l'économie, et vous agirez sur les sentiments, sur les passions ; il n'est pas de vérité mieux connue et moins souvent mise en pratique. En tempérant le sang vous tempérez la passion, vous énervez du moins ses vives et brûlantes attaques. Quoi qu'il fasse l'homme *esprit-corps* sent faiblir sa résolution quand la force physique diminue. En voici une preuve : il s'agit du crime commis par Damiens sur Louis XV. Je laisse parler un des historiens. « Je dis que c'est un homme atrabilaire par les effets du sang et du physique nerval... ayant un sang âcre et bouillant qui, à chaque saignée, faisait des effets prodigieux, et l'obligeait à s'en faire tirer tous les quinze jours et à prendre de l'opium pour le calmer quatre ou cinq jours, après quoi, sa frénésie de tuer le roi le reprenait et augmentait selon l'effervescence du sang. On m'apprit à ce sujet qu'il avait envoyé chercher son hôtesse de Versailles, et lui avait dit que c'était elle qui était cause du malheur du roi, ce qui pensa la faire mourir. Puis il s'expliqua, disant qu'il lui avait demandé en arrivant à se faire *saigner*, qu'elle avait répondu qu'il faisait trop froid, et que s'il l'avait été, il n'aurait pas commis cette action, ou du moins l'aurait commise plus tard. » (Assassinat de Louis XV, etc., extrait par Lémontey des *Mémoires manuscrits* du duc de Croy.) Que de faits publics ! que d'actions secrètes renfermées dans la conscience individuelle ou dans l'intimité des familles ne pourrait-on pas citer à l'appui de ces principes ! A peu d'exceptions près, on peut dire, soyez sobres, vous serez bons et justes ; l'équilibre moral dépend très-souvent de l'équilibre physique. Si la plupart des hommes voulaient remonter anneau par anneau la chaîne de leurs maladies, de leurs misères, ils arriveraient souvent à des actes de déraison produits par des écarts de régime. Toutefois, on demande quel régime il faut suivre dans la douleur morale ; je réponds par ce simple et profond axiome médical : *C'est selon.* Cette douleur est-elle le résultat d'une maladie, il est évident que ce régime sera conforme aux exigences de la maladie elle-même. Si, au contraire, la douleur est toute morale, il faut que le régime soit basé sur les effets produits, examinés avec soin, pesés au poids d'une sage expérience. Qu'on se rappelle surtout que toute douleur morale, subite ou prolongée, affecte l'estomac dans sa sensibilité et sa contractilité. C'est à cette cause qu'il faut attribuer l'abattement, l'énervation, la consomption, et cette sorte de langueur *irritative* caractéristique des personnes sensibles, éprouvées par de longs chagrins. Le langage commun, source inépuisable et trop négligée de lumières philosophiques, confirme ces assertions médicales ; *il en perd l'appétit*, dit-on vulgairement, expression qui ne manque ni de force ni de sens. Le retour de l'appétit prouve également la diminution de la douleur morale, car l'idée fixe n'irritant plus continuellement le cerveau et les nerfs, l'estomac tarde peu à reprendre ses fonctions, à moins qu'une longue altération de ces dernières n'ait produit quelque lésion organique. Ainsi, non-seulement le régime est un puissant moyen de guérison, mais il est encore un moyen *indicatif* du progrès, de la continuation ou du déclin de la douleur morale.

L'exercice violent du corps. Agir fortement pour neutraliser le trop penser, constitue un moyen de révulsion morale dont les effets sont incontesta-

(1) Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc., 3e édition, tome II, page 344.

bles. Les anciens n'en ignoraient pas l'efficacité et un vers célèbre d'Ovide en est la preuve :

Otia si tollas, periere cupidinis arcus.

Malheureusement ce moyen est peu employé de nos jours. On oppose mille difficultés au médecien, et le malade lui-même, frappé d'apathie, s'y refuse bien souvent, Qui ne reconnaît là cette absorption mentale particulière à ceux qui éprouvent le supplice de l'*idée fixe* et douloureuse. Il n'existe pourtant pas de plus puissant *diverticulum* de la douleur morale, que des bras qui se reposent peu et des jambes presque toujours en activité. D'une part, la sensibilité morale trop énergique s'abaisse, se circonscrit; de l'autre, l'influx nerveux se régularise, l'irritation cérébrale diminue. Alors vient le sommeil, ce doux et sûr calmant du malheur; ou bien une sorte de torpeur morale presque aussi bienfaisante que le sommeil; enfin la force, la santé, le bien-être se font sentir, et l'on revient à ces deux lois importantes de la vie primitive, *manger* et *dormir*. Prescrivez donc avec instance un exercice de corps violent à tout malade poursuivi par la passion, par le chagrin; il faut le forcer en quelque sorte à trouver dans le travail corporel un des soutiens de la vigueur morale et de la santé des organes. D'étonnants résultats sont en effet obtenus par cette méthode; peu d'idées fixes résistent à ces attaques réitérées, à cette révulsion continuelle et méthodiquement calculée. J'en ai fait l'expérience, me disait un malade; ah! que j'ai brouetté d'ennuis, de chagrins, de douleurs! mes terrasses en sont farcies; aussi ai-je complétement pardonné à cette *boue humaine* tout le mal qu'elle m'a fait.

La chasse, l'équitation sur un cheval fougueux, le soin de conduire une voiture dans des chemins difficiles, le travail de ramer dans un fleuve rapide, etc., le jardinage, l'agriculture sur une grande échelle, sont des remèdes efficaces. Pourquoi? C'est qu'ils forcent l'attention à se déplacer; c'est qu'ils impriment aux idées une direction autre que celle de l'idée fixe, qui reste dans l'âme après l'avoir percée. Le séjour à la campagne, en s'y exerçant à des travaux matériels, peut être aussi très-salutaire; la sérénité de l'âme est parfois la fille de la sérénité du ciel, pourvu que de mélancoliques rêveries n'alimentent pas sourdement la maladie.

Toutefois, il est deux remarques essentielles à faire sur l'exercice du corps employé comme révulsif des affections pénibles du cœur. La première, que le malade ait dans l'emploi de ce moyen un but quelconque qui le force à réfléchir. S'il est bon de laisser au temps sa lenteur, son irrévocabilité, il est incontestable néanmoins que l'être pensant a besoin d'une intention qui le dirige, d'un objet fixe qui l'entraîne et lui commande. C'est surtout quand il s'agit de guérir des affections pénibles par la révulsion morale qu'on reconnaît cette nécessité.

La seconde remarque, est de faire que ces exercices du corps soient mesurés, rhythmiques même, s'il est possible; qu'ils aient lieu à des temps et à des heures fixes. L'ordre est un excellent remède d'ennuis et de chagrins, comme il est un admirable économe de temps et de travail. Rien ne dompte, ne domine une imagination, quelque vive qu'on la suppose, comme une activité corporelle réglée, comme des pratiques invariablement déterminées. La méthode, l'assujettissement des forces d'action quelconques, aident singulièrement à la guérison d'une âme exubérante et péniblement affectée. Le remède à une sensibilité trop vive est de contraindre l'esprit et le corps à des occupations exactes, chaque jour prescrites et mesurées. Il faut avoir en toutes choses un ordre dans son intérieur, une méthode, un arrangement uniformes; on rentre plus facilement dans le calme quand on s'y astreint, et ce qui semble horriblement pénible dans les commencements, devient ensuite facile par l'habitude. Le point important pour le médecin est de ne pas permettre à l'imagination de s'élancer dans de vagues rêveries, encore moins de se concentrer sur l'objet de sa douleur; que le patient ne s'habitue pas à vivre d'émotions et de sentiments exaltés. En effet, certains malades d'esprit finissent par s'identifier en quelque sorte avec leurs chagrins; bien plus, ils s'y complaisent, car la douleur a aussi son charme, ses voluptés, comme le bonheur sa mélancolie et ses amertumes.

Les voyages. Il n'est pas de praticien qui n'apprécie ce puissant moyen de révulsion pour soutenir le trop plein de l'émotion et, par conséquent, amortir l'*idée fixe*, cause de la douleur et de la perte de la santé. Les voyages, cette manière mobile et rapide d'exister, qui ne se compose que de sensations fugitives qui emportent tous les attachements de la terre, sans laisser le temps d'en contracter nulle part, sont en effet un moyen héroïque pour détourner, briser les sentiments tristes et trop convergents sur une seule idée. Je donne en ce moment des soins à un homme atteint de la plus bilieuse misanthropie, mais qui a éprouvé l'efficacité de ce moyen. Voici ma formule : *Recipe* : deux cents lieues à faire, et il les fait. A son retour, on ne saurait dire combien sa santé est améliorée, toujours parce que la tête s'étant calmée, les fonctions digestives ont repris de l'énergie. On voit donc la nécessité de voyager pour refaire la santé de l'esprit comme pour celle de l'économie. En déplaçant le corps à chaque instant, en variant sans cesse les impressions cérébrales, on finit par ébranler et effacer l'idée fixe. Il y a ici une succession forcée, obligatoire, pour ainsi dire, de sensations qui opèrent presque infailliblement. Les accidents, les embarras, les dangers même du voyage doivent aussi être comptés. On connaît également la suprême influence sur l'âme des lieux que l'on voit, quelquefois plus encore de ceux que l'on *revoit*. A l'aspect du vaste océan, d'un fleuve rapide et majestueux, d'une forêt immense, d'un désert sans bornes, d'une montagne qui se perd dans les nues, l'âme reçoit une vive impression qui l'étend, l'agrandit et l'enlève aux impressions précédentes. Ne croyez-vous pas que dans ces instants d'enthousiasme la nature ne seconde merveilleusement les efforts du médecin? Cependant, prenez garde, et j'en ai fait la remarque, prenez garde que certains lieux ne se lient à des souvenirs qui ravivent la douleur. Le malade ne l'avoue pas toujours, mais il reste dans les derniers replis de

son âme et pour jamais, une tristesse muette et inerte qui accepte toutes les distractions, et pourtant qu'aucune ne change au fond et réellement. Il semble assister au monde, mais il ne vit plus activement; il ne revient pas à la vie telle qu'elle est, la vie en chair et en os. De pareils malades exigent une surveillance particulière; la mort ou la démence sont imminentes. Le seul moyen peut-être de combattre cette tendance funeste est de faire que le malade ne voyage jamais seul. On sait que Socrate répondit à un mélancolique qui se plaignait de n'avoir retiré aucun avantage de ses voyages : « C'est que vous n'avez voyagé qu'avec vous-même. » En effet, dans cet isolement, l'impression des objets extérieurs est souvent fugitive; on change de situation, mais on transporte dans chacune d'elles le noir chagrin déposé au fond de l'âme, *post equitem sedet atra cura*. Deux voyages en Italie ne purent délivrer un malheureux jeune homme du tourment d'un amour non partagé; que faire de plus, me disait-il, *ouvrir une porte à l'âme en souffrance?* Je vis le danger; après bien des difficultés, je lui persuadai d'entreprendre, le sac au dos, à pied et en compagnie de trois autres jeunes gens, un voyage en Suisse. Le malade suivit mon conseil et il revint, sinon tout à fait rétabli, au moins capable de se livrer à des occupations qui achevèrent sa guérison. La conscience, notre boussole morale, guide toujours bien, mais il faut que le malade aide le médecin, qu'il le seconde pleinement, sans arrière-pensée, laisse la conjonction, et il y a tant de force dans une volonté qui vient du cœur!

Les voyages de mer ont aussi une efficacité marquée, et, sans adopter tout ce qu'a dit Gil Christ à cet égard (1), il est certain que ces voyages, maintenant si faciles, offrent de nombreux avantages. La mer, toujours variée dans son éternelle et immense uniformité, est un spectacle par lui-même très-attachant, indépendamment des autres circonstances. Il y a ici de puissantes causes de révulsion pour écarter l'*idée fixe*, cet esprit destructeur de l'économie, ou du moins pour en diminuer la force et l'acuité. Néanmoins, il ne faut pas croire qu'en mettant à la voile par un bon vent on laisse aussitôt derrière soi ses inquiétudes, ses soucis, ses malheurs; mais si ce voyage a duré un certain temps, s'il a été marqué par des incidents pénibles, dangereux ou agréables, soyez assuré qu'il y aura, ou une complète guérison, ou un allégement marqué. « Il me semble, disait un malade, que le mouvement des flots a emporté ma douleur. » Sans doute, mais le temps, mais l'absence, mais les impressions diverses de l'esprit, ont aussi leur large part; c'est au point que si, après un ou deux voyages, la santé physique et morale n'est pas rétablie, on est en droit de regarder l'idée fixe comme incurable, ou bien que sa cruelle et constante action a déterminé de graves lésions organiques.

Les eaux minérales ont aussi leurs avantages. Il ne s'agit point ici de leurs qualités spéciales pour telle maladie; mais le mouvement, le déplacement, le changement d'habitudes produits par le voyage, les nouveaux pays qu'on habite, l'air plus ou moins vif qu'on respire, bien plus, le bruit, l'agitation, les plaisirs de certains établissements thermaux, forment un ensemble d'actions, de réactions, d'impressions, de sensations nouvelles, répétées, variées, même forcées, qui nécessairement influent à la longue sur un cœur malade, et peuvent le soustraire à la ténacité oppressive de l'idée fixe qui bouleverse le moral et compromet la santé.

S'il ne s'agit que d'une douleur morale à combattre, rien de plus évident qu'il ne faut chercher que ce que nous venons de dire dans le moyen dont il s'agit. Toutefois, si on a fait choix d'une eau minérale quelconque, qu'on s'y tienne, bien plus, qu'on l'administre avec soin, avec méthode; son efficacité sur le moral n'en sera que plus prompte et plus réelle. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit bien moins d'opérer sur les organes que de frapper l'imagination. Quand on se propose de guérir ou d'alléger des souffrances, tout doit tendre au but qui est toujours noble et élevé.

Terminons cet essai par l'examen de quelques autres moyens thérapeutiques non moins précieux et actifs que les précédents.

(*Bulletin gén. de thérapeutique*, septembre.)

---

9. *Recherches sur le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire*; par M. Paris, D.-M., à Gray (Haute-Saône).

Il n'est sans contredit aucune maladie dont la thérapeutique se soit plus occupée que de la phthisie pulmonaire; on peut dire que pour elle toute la matière médicale, sous toutes les formes, par toutes les voies, a été employée; il n'est pas jusqu'à l'acide arsénieux, qui bientôt sera peut-être, à cause de sa nouvelle apparition, considéré comme panacée de cette maladie. Et cependant la phthisie pulmonaire est aussi fréquente, aussi incurable que jamais. Il faut même avouer que, depuis la découverte de l'auscultation et de la percussion, elle est en général plus rapidement mortelle. Il semble contradictoire, au premier abord, que le diagnostic d'une maladie puisse nuire à son traitement et souvent avancer le terme fatal. Cela est vrai pourtant dans ce cas. Des exemples fréquents en servent de preuves. Avant la découverte de Laennec, il était rare de voir des malades affectés de toux, de crachement de sang se renouvelant d'année en année, confier dès le principe leur santé, le reste de leur vie, aux soins d'un médecin. Aussi nombre d'années s'écoulaient souvent entre la première et la deuxième période de la maladie. Depuis, il n'a pas été rare d'en voir succomber entre ces deux époques, quelquefois même à la première. Cela tient à deux causes, d'abord au diagnostic trop facilement connu ou porté de la maladie, puis au traitement pharmaceutique immédiatement ordonné. — Qu'un jeune homme de vingt à trente ans, bien constitué, ayant

(1) Utilité des voyages sur mer, etc., ouvrage traduit de l'anglais de Abenezer Gil Christ, par Bourru, docteur régent de la faculté de médecine de Paris. Un volume; Paris, 1770.

joui d'une santé généralement satisfaisante, accuse une toux sèche, puis quelques crachements de sang, aussitôt auscultation, percussion, et si, par malheur, il existe dans un côté de la poitrine une différence dans la résonnance, une légère matité sous le doigt, à l'oreille un bruit respiratoire tant soit peu anormal, aussitôt le diagnostic est porté, le traitement ordonné : régime presque diététique, boissons lactées mucilagineuses pour combattre la toux, antiphlogistiques contre le crachement de sang, c'est-à-dire que par ce régime on ne fait que débiliter le soi-disant malade, et qu'on enlève plus de sang dans une saignée que le malade n'en eût peut-être craché en dix ans. Ainsi ce jeune homme qui, quoique d'une faible constitution, mais d'un bon tempérament, chez qui la nutrition et une nutrition réparatrice s'exécutait bien, sans soucis d'une toux habituelle et de deux ou trois crachements de sang, ce jeune homme, dis-je, sort frappé d'une consultation où il vient d'apprendre pour ainsi dire son arrêt de mort. Le voilà désormais condamné à un genre de vie tout à fait sédentaire, au régime le plus sévère, ayant nuit et jour dans l'esprit la terrible sentence. Lui qui se sentait à peine indisposé vient de recevoir un long traitement pharmaceutique pour chaque semaine, pour chaque jour, pour chaque heure, comme si ce traitement devait enlever la cause de la maladie, comme si avec une bonne nutrition l'on ne pouvait vivre nombre d'années affecté de granulations tuberculeuses. Ces exemples se présentent tous les jours. C'est qu'il est plus facile d'écrire une longue consultation suivie d'ordonnances que de donner les conseils d'une thérapeutique morale. Voilà donc notre jeune homme alité nuit et jour par les temps froids, secs ou humides, sans cesse l'épée de Damoclès suspendue sur sa tête. Conçoit-on ses souffrances morales ! Il faut y joindre l'influence de la surexcitation morbide nerveuse, et l'on aura une idée de sa triste position. Que sera-ce s'il y a erreur de diagnostic, si le crachement de sang, par exemple, succède à un flux nasal, ou hémorrhoïdal, s'il remplace un écoulement menstruel tardif, comme chez les jeunes filles chlorotiques, qui souvent sont traitées comme phthisiques ? Encore si le traitement débilitant opérait un mieux favorable en enrayant ce passage fatal de la première à la deuxième période, en arrêtant ces symptômes alors terribles pour le malade ! Mais non, la toux reste la même, les crachements de sang se renouvellent plus débilitants, ainsi que les sueurs, le pouls, nerveux, fébrile, augmente de faiblesse et de fréquence ; c'est alors que, presque toujours alité, il ne tarde pas à tomber dans le découragement, la maigreur, l'asthénie, soit par l'influence du régime sévère, diététique, pharmaceutique, antiphlogistique, soit par l'influence du moral profondément affecté, paralysant ses forces vitales et nutritives. A cette époque il n'y aura peut-être plus de crachements de sang, de toux, mais une prostration plus grande, un pouls plus faible, plus agité; que la fièvre survienne, le malade épuisé succombera présentant le marasme de la troisième période de la maladie, tandis que les tubercules seront encore à l'état de crudité. Je ne citerai que cette observation : M. J. R..., de Gray-la-Ville (Haute-Saône), âgé de ving-cinq-ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, habitant Paris comme élève en droit, s'occupa exclusivement de peinture pendant l'été de 1838. Il s'était bien porté jusqu'alors ; ses parents, âgés, encore existant, n'avaient que cet enfant; l'ardeur avec laquelle il cultivait son art détermina une légère toux à cette époque. A la fin de juillet il fut pris subilement d'un crachement de sang ; comme le sont d'ordinaire les jeunes gens à à le suite d'un pareil accident, il me fit appeler ; je le rassurai en ami, et je fis prier M. Michon, agrégé à la Faculté, de venir le voir. Une légère saignée pratiquée immédiatement, puis le soir une potion antispasmodique, furent les seuls moyens employés. Le lendemain son moral reprit son assiette ordinaire et l'appétit revint. Nous mangeâmes ensemble les quinze jours suivants. Rien ne survint. Seulement des idées de phthisie l'affectaient par fois. Il retourna chez lui. Huit jours après son arrivée, un nouveau crachement de sang reparut. Un médecin appelé, percute, ausculte la pritrine, pratique immédiatement une saignée abondante et prescrit une diète sévère. Deux jours après, un ou deux crachements de sang surviennent; nouvelle saignée, application de vingt sangsues à l'anus, diète obsolue, malgré l'appétit du malade, qui réclame au moins du boillon pour le soutenir. Pendant tout ce temps, boissons délayantes, mucilagineuses, que l'on continue, ainsi que la diète, les huit jours suivants. Le médecin ne trouvant plus alors de toux, de crachements de sang, annonce un prompt rétablissement. Mais le malade était dans une prostration extrême ; le pouls était très-faible, très-fréquent et nerveux, la diarrhée survint, avec elle le marasme ; le malade succomba peu après.

D'après soixante-deux observations exactement recueillies, j'ai cru pouvoir conclure que :

1° La phthisie pulmonaire a, comme toutes les maladies incurables, de grands centres vitaux, une marche essentiellement chronique, parcourant ses trois périodes.

2° Que si cette marche est irrégulière et plus rapide, cela tient, 1° au traitement antiphlogistique ou médicamenteux employé ; 2° au régime diététique ou lacté produisant l'atonie du tube digestif, l'appauvrissement du système sanguin ; 3° à l'abattement moral activant puissamment cette atomie et par suite l'épuisement du malade.

3° Qu'un malade peut vivre dix, vingt, trente ans et plus, affecté de toux, de sueurs, de crachements de sang, en un mot de tubercules pulmonaires, pourvu qu'il ne survienne aucune maladie concomitante, et que le tube digestif conserve sa faculté nutritive et réparatrice.

4° Que la méthode antiphlogistique est, même à la première période, une méthode dangereuse, en ce qu'elle peut tuer le malade à cette époque, ou tout au moins l'affaiblir et hâter la fonte des tubercules. Qu'on doit exclure tous ces médicaments prétendus efficaces qui ne servent qu'à nuire, 1° à l'estomac, en troublant sa fonction nutritive et souvent déterminant une gastrite ou gastro-entérite promptement cronique ; 2° au moral du malade, en ce qu'étant sans effets, les symptômes restent les mêmes, et le pressentiment de son état, la crainte de la mort l'ont bientôt jeté dans un abattement ner-

veux, fébrile, altérant toute son organisation, et pouvant eux seuls amener le marasme et la mort.

5° Que toute l'attention du médecin doit se porter sur le moral du malade et sur le système de la nutrition; par conséquent il doit négliger tous ces symptômes morbides que rien ne saurait arrêter; pour le moral, de simples conseils donnés rarement et comme sans y prendre garde, pour ne pas éveiller les craintes du malade; quant à l'estomac, une nourriture animale, des vins toniques, en un mot un régime nutritif, produisant une riche sanguification, capable de réparer les pertes, l'amaigrissement par les crachats, les sueurs, la toux et les crachements de sang. Avec ce régime, j'ai vu des malades arriver, après de longues années, à la troisième période de leur maladie, sans redouter leur état, sans s'être alités, conservant une force nutritive et morale, un espoir de vivre qui ne les abandonnait même pas à leur lit d'agonie.

Ibidem, août.

---

10. *Sur le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire. Avantages de l'emploi du chlorure de sodium dans cette maladie*; par M. Amédée Latour.

Monsieur et très-cher confrère,

C'est avec une bien vive satisfaction que j'ai lu, dans le dernier numéro de votre excellent recueil, la note sur le *traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur Paris, à Gray. Aussi, est-ce moins pour revendiquer la priorité des opinions formulées dans ce travail que j'ai l'honneur de vous adresser cette lettre, que pour vous exprimer tout le plaisir que j'éprouve de voir se propager et se répandre parmi les praticiens des doctrines que j'ai soutenues de tous mes efforts. Cependant, je ne puis m'empêcher de faire observer à M. le docteur Paris que toutes les propositions émises dans son travail ont été explicitement posées par moi, il y a bientôt trois ans, dans la *Gazette des médecins praticiens*, et, plus récemment, dans ma brochure sur le *Traitement préservatif et curatif de la phthisie pulmonaire*. Dans ces diverses publications, j'ai dit, et je crois avoir prouvé:

1° Que la phthisie pulmonaire n'est jamais une affection seulement locale;

2° Que toujours elle est liée à une altération de la principale fonction de l'économie, la nutrition, et que cette altération de la nutrition détermine elle-même une altération particulière du sang, qui entraîne consécutivement la sécrétion tuberculeuse;

3° Que cette altération du sang consiste principalement dans l'appauvrissement de ce fluide;

4° Que tout traitement de la phthisie qui tend à augmenter cet appauvrissement (saignées, diète, régime lacté, etc.), est essentiellement contraire aux véritables indications thérapeutiques;

5° Que le régime tonique, une alimentation fortement réparatrice, l'exercice, l'insolation et le grand air, sont des agents puissants de guérison;

6° Que cette guérison, dans un bon nombre de cas que j'ai cités, je l'ai obtenue à l'aide de ces moyens et de l'emploi gradué du *chlorure de sodium*;

7° Enfin, j'ajoute que les guérisons obtenues par moi remontent à quatre ans, trois ans, deux ans, un an; qu'elles se sont très-bien soutenues jusqu'à présent; que tous les jours j'ai l'occasion d'être témoin de nouveaux et très-intéressants résultats, dont la publication sera l'objet d'un travail étendu que je prépare sur ce sujet.

Donc, tout en rendant hommage à la justesse et à l'opportunité des sages réflexions de M. le docteur Paris sur le traitement généralement suivi dans la tuberculisation pulmonaire, il m'est impossible d'admettre sa triste et décourageante pensée: « et cependant la phthisie pulmonaire est aussi incurable que jamais. » Les faits nombreux que je possède aujourd'hui s'élèvent avec force dans mon esprit contre cette doctrine de fatalisme médical; et, pour ne pas abuser de l'espace que vous voulez bien m'accorder, permettez-moi de livrer aux méditations de vos lecteurs le fait suivant, qui me semble capital.

M. Émile Naigeon, artiste peintre, âgé de vingt-huit ans, petit-fils de l'un de nos plus célèbres archéologues, se présenta à ma consultation, le 24 janvier dernier, dans l'état suivant: figure maigre et pâle, pommettes saillantes, yeux excavés et brillants, essoufflement considérable, toux fréquente. J'apprends du malade qu'il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-six ans; qu'à cette époque, sans autre cause apparente qu'un excès de travail, et après un rhume intense, il a continué de tousser, il a maigri, il s'est affaibli, et que depuis lors, sa santé a été toujours en déclinant. Il s'est marié, il y a un an, malgré les conseils des médecins, et il ne croit pas que le mariage ait modifié fâcheusement sa position. Il y a deux mois, il a eu un crachement de sang abondant, trois semaines après, il en a eu un autre moins fort, et, il y a trois jours, il en a éprouvé un troisième à peu près aussi abondant que le premier. Il a la fièvre tous les soirs, il sue la nuit, la toux est fréquente et revient par quintes qui donnent lieu, le matin surtout, à une expectoration abondante, qu'il dit être blanchâtre et mêlée de beaucoup d'eau; l'appétit est médiocre, il n'a pas de dévoiement. Du reste, le malade a été soumis à toute la rigueur du traitement antiphlogistique; il a été saigné deux fois, il ne mange que des viandes blanches, prend le lait d'ânesse, et s'est gorgé de béchiques et de potions gommeuses.—Son père et sa mère sont morts jeunes de maladies qu'il ne peut caractériser; il n'a ni frère ni sœur.

L'examen de la poitrine me donne les résultats suivants: le son est clair et normal à droite dans toute l'étendue de ce côté; il est obscur et mat sous la clavicule gauche; le murmure vésiculaire est normal à droite; il est un peu rude cependant au sommet, et l'extirpation y est manifestement prolongée; à gauche et au sommet du poumon, le bruit vésiculaire a disparu, la respiration est évidemment bronchique, mêlée de quelques runchus; sous l'aisselle et dans la fosse sous-épineuse du même côté,

on entend un peu de gargouillement limité dans un espace très-circonscrit. La voix est retentissante à gauche.

Voilà bien les principaux signes physiques, les symptômes locaux et généraux de la phthisie pulmonaire arrivée à ce degré assez avancé où l'expérience apprend qu'elle suit inévitablement sa marche fatale. Il en a été autrement pour ce malade, à qui je prescrivis le traitement et le régime suivants :

Pilules selon ma formule :

Chlorure de sodium. . . . 10 grammes.
Tannin pur. . . . . 10 id.
Conserve de roses et poudre de gomme, Q. S. pour 100 pilules.

A prendre une pilule toutes les heures pendant un mois.

Infusion de quinquina, alternant avec une infusion de safran, à prendre par petites tasses fréquemment dans la journée.

Usage du cresson tous les jours; alimentation forte, viande de bœuf et de mouton grillée ou rôtie, potages gras, un peu de vin vieux aux repas, distractions, exercice au grand air et au soleil.

Le 9 mars, moins d'un mois et demi après, j'ai revu M. Émile Naigeon, qui a très-exactement suivi mes prescriptions. La santé de ce jeune homme a subi une modification complète; il ne tousse plus, il crache à peine, il n'a plus de sueurs nocturnes, l'appétit est très-bon, l'embonpoint est sensiblement revenu, il a repris ses travaux interrompus sans en éprouver de fatigue. Enfin, le 18 août, j'ai revu ce jeune homme, qui présentait toutes les apparences d'une santé parfaite.

Si vous pensez comme moi, Monsieur et très-cher confrère, que c'est bien là un exemple de phthisie enrayée dans sa marche funeste, vous serez fidèle aux errements de votre utile publication en propageant un mode de traitement si facile, et, dans tous les cas, complétement exempt de danger.

Agréez, etc.

(*Ibidem*, septembre.)

---

11. *Du traitement de certaines pleuropneumonies.*

Les idées systématiques ont pénétré si profondément dans le domaine de la médecine pratique, qu'elles ont dénaturé le sens des dénominations des maladies les plus vulgaires. Anciennement les mots pneumonie, pleuropneumonie, signifiaient simplement l'appareil symptomatique d'une altération de la plèvre et des poumons susceptible de plusieurs caractères différents, et qui exigeait une méthode et des moyens thérapeutiques assortis à la diversité de sa nature; aujourd'hui ces expressions impliquent presque toujours ou accompagnent l'idée d'une phlogose ou d'un état d'inflammation qui n'appelle pas d'autre traitement que celui que les chirurgiens adressent aux phlegmons. Il s'en faut bien, cependant, que toutes les pneumonies, toutes le pleuropneumonies puissent céder à un traitement uniforme, et que ce traitement ne soit autre que celui de l'inflammation. Les grands médecins ne se sont pas trompés aux apparences symptomatiques de ces affections. On n'en citerait pas un seul qui ait considéré les pneumonies et les pleuropneumonies, comme des maladies constamment inflammatoires, auxquelles il ne fallait opposer, dans tous les cas, que des émissions sanguines. La plupart en reconnaissent, au contraire, un grand nombre d'espèces. Les unes, réellement inflammatoires, offrent tous les traits des inflammations franches; les autres relèvent d'une affection bilieuse et se traitent principalement par les évacuations gastro-intestinales; d'autres, dites malignes, dépendant des fièvres de mauvais caractère et réclament les toniques et les excitants; une quatrième classe se lie à des affections spécifiques, telles que la goutte, les fièvres intermittentes, et ne disparaissent que par le traitement approprié à ces affections; enfin, dans une cinquième catégorie figurent des pleurésies ou des pleuropneumonies produites essentiellement par des affections spasmodiques, et dont les anti-spasmodiques seuls euraient le développement. Nous laisserons de côté les trois ou quatre premières espèces, pour ne nous occuper dans cet article que des pleuropneumonies spasmodiques. Huxham, Sarcone, Stoll, Hildenbrand, ont cité de nombreux exemples de ce genre d'affections. Elles règnent particulièrement sous l'influence des grandes perturbations atmosphériques, et, à ce titre, elles sont très-communes dans nos régions; elles affectent de préférence les sujets irritables, usés par les émotions morales, par les travaux de cabinet ou par les excès de débauche. Les individus disposés aux rhumatismes y paraissent surtout très-enclins. En général, on peut même établir que les pleuropneumonies spasmodiques entretiennent une affinité entière avec les affections rhumatiques et catarrhales, si bien qu'il est quelquefois impossible de dessiner, entre ces deux ordres d'affections, une ligne bien précise de démarcation. Cette affinité se démontre surtout par les symptômes, la marche et le traitement des pleuropneumonies en question. En effet, elles s'annoncent toutes, presque sans exception, par les phénomènes généraux des affections catarrhales ou rhumatismales. Les malades souffrent pendant plusieurs jours de frissons vagues, de mal de tête, d'enchiffrènement et d'un brisement de membres. Souvent même ils éprouvent une douleur rhumatique dans quelques articulations; et c'est au bout de plusieurs jours de ces symptômes de fièvre rhumatique ou catarrhale, qu'ils se sentent pris subitement d'une douleur pungitive de la poitrine, d'oppression, de toux et de crachats sanguinolents, en un mot, de l'appareil phénoménal de la pleuropneumonie. A l'apparition des symptômes pleuropneumoniques, les douleurs rhumatismales s'évanouissent, et l'on voit même dans beaucoup de cas, les symptômes de la maladie de poitrine alterner, à plusieurs reprises, avec les symptômes du rhumatisme. Un caractère très-remarquable de la pleuropneumonie, c'est la facilité de la propagation des symptômes sur le méninge ou sur l'encéphale, ce qui donne lieu au

délire d'abord, ensuite à l'assoupissement, et se termine définitivement par la mort, si l'on n'emploie toutes les ressources de l'art pour détourner promptement cette terrible métastase. Un fait non moins digne d'attention, c'est la cessation ou la rémission notable des symptômes pleuropneumoniques, dès l'invasion des méninges et de l'encéphale, à quoi il faut ajouter que cette cessation ou rémission n'est pas seulement apparente comme si elle n'était que masquée par la lesion profonde de l'organe central de la sensibilité de relation ; la cessation dont il s'agit est un véritable déplacement de la même nature que celui qu'on observe lorsque la pleuropneumonie spasmodique vient remplacer les douleurs rhumatismales préexistantes ; il n'est pas rare non plus que l'encéphalite ou la méningite consécutive alterne, à plusieurs fois, avec la pleuropneumonie qui la précède, complétant ainsi l'analogie entre les modes de formation de ces diverses localisations. Un dernier trait, et le plus important, vient fortifier le rapport de ces maladies, aussi différentes en apparence. Nous voulons parler de la conformité de leurs méthodes thérapeutiques et de leurs moyens de traitement. Les unes et les autres réclament au début les saignées réitérées, surtout la pleuropneumonie et les encéphalites ; cependant on doit se garder de les pousser trop loin. Nous avons vu dans un recueil d'observations cliniques réputé classique, un grand nombre d'histoires de pneumonies spasmodiques méconnues par les médecins et traitées suivant la méthode banale, à force de saignées et de sangsues. La plupart de ces malades ont succombé, et l'auteur du recueil, de se récrier sur la mort de pneumoniques à qui l'on avait pourtant tiré tant de sang. A nos yeux, la mort de ces sujets s'explique précisément par les saignées trop nombreuses et trop fréquentes que ne supportent pas, nous le répétons, les pneumoniques de cette classe ; il en existe même à qui une seule saignée est très-nuisible, et même mortelle. Après les saignées, quand elles sont indiquées, le meilleur moyen contre le rhumatisme et contre la pleuropneumonie rhumatismale, consiste dans une forte dose d'opium. Les épispastiques sont encore une excellente ressource dans les deux formes d'une même affection. Entrons dans tous les détails du traitement spécial de ces pleuropneumonies, en citant quelques faits bien saillants. On verra mieux, par deux ou trois exemples, quel est le caractère de ces maladies, et qu'elle est la marche de leur médication.

Obs. I. — Faux, âgé de vingt-quatre ans, sanguin et robuste, sujet aux rhumatismes, avait eu une dyssenterie deux mois auparavant. Atteint d'un rhume depuis huit jours, il éprouve, au bout de ce temps, à la chute du jour et toute la nuit, des frissons entremêlés de chaleur, avec faiblesse générale, et une céphalalgie violente. Entré à l'hôpital deux jours après, le troisième jour de l'invasion de la fièvre, il offrait les symptômes suivants : douleur vive à l'épaule gauche et dans les deux flancs, céphalalgie gravative, sensibilité des yeux à la lumière, conjonctive très-rouge, la face d'un rouge cuivreux et même livide, les yeux chassieux, noyés de larmes, le nez vert, les narines pulvérulentes, le désir des boissons froides, le goût très-amer, du dégoût, des nausées, la langue peu humide, large, chargée d'un enduit jaunâtre au centre, blanche et persillée de points rouges sur les côtés, les lèvres rouges et sèches, une toux continuelle, forte, sèche, qui lui fait expectorer, par intervalles, des crachats larges, écumeux et rouillés. Il avait d'ailleurs une grande oppression, la respiration pénible, suspirieuse, le coucher en supination, la gorge très-embarrassée, quelques pétéchies sur le thorax, les selles supprimées depuis quatre jours, le ventre météorisé, le pouls fréquent, plein, un peu dur, une chaleur âcre et morbicante, quelques soubresauts des tendons. On prescrit une saignée du bras d'une palette, répétée à l'autre bras dans l'après-midi, un looch blanc avec cinq gouttes de laudanum liquide de Sydenham, et de l'eau d'orge édulcorée pour boisson. Le soir, exacerbation, sueur vers la région épigastrique. La nuit, douleur pongitive à la mamelle gauche, augmentant par la respiration et nullement par la pression, point de sommeil. Quatrième jour, moins de céphalalgie et de rougeur à la face, les yeux toujours rouges, la langue rouge aux bords, du reste, dans le même état, pouls plus élevé, chaleur moins vive, moins d'anxiété. Saignée d'une palette et demie ; douze sangsues sur l'endroit douloureux. Deux grains de tartre stibié en vomitif immédiatement après. Looch blanc avec dix gouttes de laudanum de Sydenham le soir. Après l'émétique, vomissements abondants de matières bilieuses, sueur universelle ; du bien-être et du sommeil avec des révasseries pénibles. Le point pleuritique a disparu. Entre minuit et une heure, douleur déchirante qui s'etend de l'épaule gauche à tout le côté correspondant y compris l'hypocondre. Cinquième jour, l'ophthalmie a presque entièrement disparu, les yeux supportent bien la lumière, la céphalalgie a cessé, une toux quinteuse, éclatante, pénible, exaspérant cruellement les douleurs désignées, soif continuelle, langue nette, crachats écumeux, visqueux, larges, rouillés, rendus de temps en temps à la suite de vives secousses de toux ; du reste, l'oppression est moindre, le pouls fréquent, moins plein et sans dureté, la peau moins chaude, et la douleur catarrhale n'est pas sensible à la pression : eau d'orge avec sirop de gomme pour boisson, un vésicatoire à chaque bras. Looch avec cinq gouttes de laudanum le soir, l'exacerbation de l'après-midi a été marquée par les symptômes qui suivent : altération des traits de la face, d'ailleurs pâle, respiration précipitée, plus grande pulvérulence des narines, mussitations par moments, mouvements rapides des yeux, propos sans ordres ; mais les idées se remettent dès qu'on lui adresse la parole ; vives craintes de la mort, sueur générale, copieuse, fétide, pouls très-fréquent, irrégulier, chaleur élevée, âcre, céphalalgie nulle, le côté moins douloureux, moins de toux, même expectoration, voix très-rauque, anxiété, quelques soubresauts des tendons aux poignets. La nuit un peu de sommeil avec des rêves pénibles, selles liées et copieuses. Sixième jour, face naturelle, moins de pulvérulence aux narines, pouls fréquent, régulier, langue comme le troisième jour, moins d'oppression, quelques soubresauts de tendons, peau toujours moite, douleur du côté presque nulle, beaucoup moins de toux, plus grasse, expectoration plus

facile, toujours rouillée et mêlée à beaucoup de sérosité, sécurité complète du malade, demeure possible sur le côté droit, impossible encore sur le côté gauche, à cause de la douleur lancinante de ce côté. (Infusion de vingt grains d'ipécacuanha édulcorée avec le sirop de gomme); le soir, pouls plutôt faible que fort, respiration aisée, point de soubresauts des tendons, sueur générale abondante, toux toujours moindre, même expectoration, si ce n'est qu'elle est copieuse. Septième jour, presque plus de pulvérulence aux narines, surdité de l'oreille droite, pouls à peu près naturel, peau moite, face et respiration naturelles, toux très-rare, presque plus de crachats ni de douleur, retour de la force. Dès ce jour la convalescence commence.

Cette maladie était très-grave autant par elle-même que par ses complications. Les symptômes les plus saillants indiquaient évidemment une pleuropneumonie; toutefois les symptômes pleuropneumoniques n'étaient pas seuls; il s'y joignait néanmoins évidemment un groupe de symptômes bilieux et des phénomènes nerveux bien marqués qui lui auraient valu certainement naguère la qualification d'encéphalite, aujourd'hui celle de fièvre typhoïde, et l'année prochaine peut-être je ne sais quelle dénomination que les systématiques, à l'affût des noms nouveaux, auront substituée à celui de fièvre typhoïde. Ce n'est pas tout. Si l'on se rappelle les symptômes précurseurs de cette affection, si l'on analyse en particulier les symptômes de la pleuropneumonie, qu'on en suive les phases, et qu'on s'arrête surtout à la manière dont, en effet, elle a été précédée durant huit jours d'un simple rhume, la fièvre à son entrée a eu tous les caractères de la fièvre catarrhale; la nature des douleurs de poitrine rappelait celle du rhumatisme, la toux offrait de son côté l'aspect des toux de rhume; en outre on a vu la douleur pectorale affecter les cavités thorachiques à la manière des rhumatismes; il n'est pas jusqu'au genre de douleur tensive et déchirante qui ne convienne également au rhumatisme. Enfin, et ceci achève de consacrer l'analogie dont nous parlons, c'est par une sueur copieuse, prolongée, que la douleur a été dissipée; tout démontre donc que la pleuropneumonie de ce sujet portait les traits de la pleuropneumonie catarrhale. Si elle avait été seule, il aurait suffi d'une ou deux saignées pour détourner la congestion pulmonaire, de quelques potions opiatiques pour apaiser l'irritation nerveuse et la douleur vive inséparable des pleuropneumonies rhumatismales, et en dernier lieu, des épispastiques pour appeler à la surface, et dissiper par les sueurs l'affection concentrée sur la plèvre et sur le poumon. Mais ici la pleuropneumonie marchait concurremment avec une affection bilieuse, attestée d'une part par les symptômes saburraux, et d'autre part par l'influence de la saison. Cette coïncidence n'a pas échappé à l'attention du praticien; aussi a-t-il opposé à la maladie de ce sujet le concours des moyens indiqués contre l'affection bilieuse et contre l'affection catarrhale, en choisissant, avec raison, parmi les moyens thérapeutiques, moyens qui s'adressent à la fois aux deux affections. Or, tel est précisément l'avantage du tartre stibié à dose vomitive. Le tartre stibié, en effet, évacue instantanément, et par la voie la plus courte, le tube digestif; de plus il pousse à la détente et favorise, à ce titre, la résolution des affections catarrhales. De petites doses de laudanum ont servi à faire tomber l'éréthisme nerveux qui marchait sous les auspices de l'élément catarrhal. Admettons pour opposition qu'on n'eût vu dans cette pleuropneumonie qu'une inflammation franche de la plèvre et du poumon, et que, d'après des vues trop communes aujourd'hui, on eût poursuivi ses symptômes à grand renfort de saignées et de sangsues, il serait arrivé que l'affection bilieuse aurait abouti à l'adynamie ou à l'ataxie, comme la chose a lieu dans le cas où, ainsi que le disaient les anciens, la bile passe dans le sang, ou que l'affection rhumatismale qui requiert toujours un certain degré de force chez les rhumatiques pour accomplir sa solution, dépourvue, par une méthode débilitante, de cet auxiliaire naturel, aurait fait irruption sur le cerveau ou les méninges, et aurait précipité le malade dans un danger mortel. Nous approuvons donc sans réserve et la parcimonie des émissions sanguines dans une affection compliquée, dont les deux éléments essentiels réprouvent également les trop grandes et trop fréquentes pertes de sang, et l'intervention de l'émétique comme l'agent le plus actif des affections bilieuses dans leurs principes, et l'application des épispastiques pour pousser du centre à la circonférence les symptômes concentrés sur la poitrine. Le résultat définitif justifie d'ailleurs la parfaite convenance de ce traitement, car, enfin, on citerait très-peu d'exemples de maladies aussi graves, qui se soient terminées, depuis l'invasion de la fièvre, en sept jours seulement; à cette maladie si compliquée et si menaçante, opposons une affection analogue à beaucoup d'égards, mais bien plus simple. Si l'on pouvait douter de l'insuffisance des émissions sanguines contre cette classe de maladies, pour ne rien dire de leurs inconvénients, l'observation suivante suffirait, au besoin, à établir ce point de pratique important.

Obs. II.—Carpe, ébéniste de Paris, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution grêle et détériorée, était affecté d'un rhume depuis cinq semaines, lorsqu'un point de côté parut sous le sein gauche. Ce point gênait la respiration sans s'accompagner de toux et d'aucun autre trouble. Il était sensible à la pression et par le jeu des membres thorachiques; il était réuni à une douleur rhumatismale de l'articulation de l'épaule du même côté. Transporté d'abord à l'hôpital Saint-Antoine, il y subit trois saignées de quatre palettes chacune, et dix-huit sangsues sur le point douloureux. Aucun amendement ne suivit cette médication. Il sortit de l'hôpital sans être guéri. Cinq semaines après, il fut transporté à la Charité. A cette époque il éprouvait un peu de céphalalgie vers l'occiput, fort peu de toux, sèche, des frissons vagues, de la chaleur le soir; la langue était large, blanche, la face pâle, le pouls petit, un peu fréquent. Il ne pouvait se coucher sur le côté droit sans ressentir un tiraillement douloureux qu'il n'éprouve pas lorsqu'il reste sur le côté malade. Pendant les inspirations une douleur occupe la base de la poitrine dans l'étendue de plusieurs pouces, s'exaspère par la toux et l'exercice des membres supérieurs. La respiration n'est

pas gênée à l'œil ; au stéthoscope, elle est bonne en avant, nulle en arrière, en bas et à gauche. Le son de côté est mat. Du reste, il n'existe aucun autre son. Il y a des sueurs partielles aux jambes, et l'appétit est bon, quoiqu'il y ait une constipation qui dure depuis quatre jours. On prescrit un large vésicatoire sur le côté gauche, une décoction de bourrache avec deux grammes de nitre et cinq bouillons dans la journée. Le lendemain le pouls est un peu fébrile ; on pratique une saignée de deux palettes au bras droit. Le jour suivant le pouls, toujours petit, continue à être fébrile, il y a de la soif. Le soir la chaleur fébrile augmente. On le met à l'usage de pilules composées chacune de cinq centigrammes de digitale. Il en prend quatre par jour. La constipation est opiniâtre ; il y a onze jours qu'il n'a pas eu de selles. Au bout de quelques jours, il survint en lui une fièvre très-prononcée, qui se prolonge quatre ou cinq jours. Sous l'influence de ce mouvement fébrile, la peau se couvre d'une sueur générale, et peu à peu toutes les douleurs de la poitrine et de l'épaule disparaissent.

Certes, si les émissions sanguines avaient pu guérir ce malade, elles ne lui ont pas été épargnées. On ne conçoit même pas d'après quelle médication on a été porté à faire à un malade qui n'avait ni fièvre, ni oppression, ni aucun symptôme aigu, trois énormes saignées et une application de dix-huit sangsues ; on conçoit d'autant moins une semblable médication que ce sujet était chétif et d'une constitution ruinée. Cependant, tant est grande la puissance médicatrice de la nature, une méthode aussi vicieuse n'a pas détruit pour toujours les chances de guérison ; à son entrée à la Charité, après avoir langui cinq semaines, depuis ce traitement, un engorgement chronique affectait le poumon. La méthode à laquelle le malade a été soumis dans cet hôpital tendait à le résoudre en ouvrant tous les couloirs, et spécialement les voies urinaires, pendant que l'application immédiate du vésicatoire accélérait localement le tavail de cette résolution. L'invasion de la fièvre n'a pas tardé à annoncer ce travail. Malheureusement le caractère médicateur de cette fièvre a échappé à l'attention du médecin, ce qui l'a déterminé à s'y opposer en pratiquant une saignée que nous jugeons inopportune. Il est heureux, pour le malade, qu'on n'ait pas insisté davantage sur l'emploi de ce moyen, ou plutôt que le médecin, mieux avisé lorsque cette même fièvre s'est rallumée, se soit contenté de la surveiller sans rien tenter pour l'arrêter, car c'est grâce à elle qu'une fièvre générale s'est déclarée et que l'engorgement pulmonaire, ainsi que les douleurs rhumaques qui attestaient l'origine de cet engorgement, ont pu s'évanouir et ramener les organes à l'état normal. De nouvelles saignées dans le but de réprimer, comme on le dit encore aujourd'hui, les progrès de l'inflammation, auraient certainement enrayé la marche de la guérison et fini par décider une phthisie mortelle, dont on n'aurait pas moins cherché la cause dans une phlegmose chronique de la plèvre et du poumon.

(*Ibidem*, août.)

12. *De quelques applications thérapeutiques du du sulfate de quinine.*

L'ignorance à peu près complète où nous sommes du mode d'action du sulfate de quinine sur l'organisme, a dû nécessairement restreindre les applications de cet agent énergique dans le traitement des maladies ; mais l'esprit se résigne mal à cette dure condition, et fait effort pour s'y soustraire en établissant des hypothèses dont il cherche la vérification dans l'observation des faits. Entre les hypothèses diverses qui ont été proposées sur ce point intéressant de physiologie pathologique, il en est une surtout qui, s'appuyant de l'autorité de faits nombreux et très-réels, a nui aux expérimentations cliniques, qui eussent pu, au grand avantage de la science, étendre au delà du cercle borné des fièvres intermittentes les applications thérapeutiques des préparations de quinquina. L'idée théorique dont nous voulons parler est celle qui, considérant les principes de l'écorce du Pérou comme un spécifique exclusivement propre à neutraliser, au sein de l'organisme, le miasme fébrigène des marais, ne cherche, dans ces principes, rien de plus que cette vertu anti-miasmatique. Il semblerait que le scepticisme de nos jours, si rapidement mortel aux théories prématurées, devrait, sous un rapport au moins, concourir à notre éducation scientifique, en mettant quelque circonspection dans notre esprit. Malheureusement il en est bien peu parmi nous qui aient fait leur profit de cette importante leçon. D'instinct ou souvent bien innocemment, on nie l'idée des autres, et l'on réserve pour sa propre idée toutes les formules de l'affirmation la plus explicite. Qui est-ce qui, par exemple, en logique sévère, a le droit d'affirmer que les alcaloïdes du quinquina agissent en neutralisant le miasme des marais introduit dans l'économie, plutôt qu'en brisant, par une action qui nous est inconnue, l'enchaînement régulier d'accidents périodiques? Personne, sans doute, dans l'état actuel de la science. C'est donc une assertion au moins hasardée, que l'assertion suivante, que nous lisons dans un nouveau *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, d'ailleurs recommandable sous bien des rapports : « Il ne faut donc pas dire, lit-on dans cet ouvrage, que le quinquina est un anti-périodique, mais seulement qu'il est le médicament le plus propre à guérir cet état de l'économie dans lequel sont jetés ceux qui ont été exposés aux émanations marécageuses. Or, comme cet état s'accompagne toujours d'accidents périodiques, le quinquina détruit la cause de la périodicité, et partant la périodicité elle-même ; mais si la périodicité ne se rattache pas à cette cause, le quinquina échoue complétement. » Bien que l'auteur qui a écrit ces lignes ait, sans doute, souvent rencontré dans la pratique des cas de fièvre intermittente dans lesquels le miasme marécageux était plus que problématique, et qu'il leur ait opposé avec succès le quinquina; bien que, dans l'ouvrage même dont nous venons de parler, il essaie de démontrer que la même substance développe une grande efficacité dans les accidents périodiques, régulièrement ou irrégulièrement intermittents, de certaines névralgies, malgré ces contradic-

tions évidentes, auxquelles induit naturellement d'ailleurs l'observation, le principe erroné n'en est pas moins nettement exprimé; il vit dans l'esprit, le gouverne, et commande les expériences dans un sens déterminé, exclusif.

Nous ne prétendons point à énoncer ici une théorie nouvelle sur le mode d'action du quinquina dans les maladies auxquelles s'applique cet agent dans la pratique ordinaire : nous croyons que ce mode d'action, comme le génie de ces maladies, nous est complétement inconnu. Dire que les sels de quinine possèdent une vertu anti-périodique, c'est exprimer un fait, mais ce n'est point l'expliquer. De tous les phénomènes de la vie, la périodicité est un des plus inexplicables. Dirons-nous que c'est l'ordre, l'harmonie dans une de ses manifestations? Au point de vue téléologique, cette explication peut suffire; mais elle est évidemment insuffisante dans les sciences d'application, en pathologie surtout, où il s'agit, non pas seulement de spéculer sur ce phénomène, où il faut le faire disparaître, pour ramener l'organisme à l'état normal. Verrons-nous, avec M. Rayer, dans la périodicité, l'expression pathologique d'une lésion de la portion cérébro-spinale du système nerveux, ou bien, avec M. Brachet, la rattacherons-nous à une altération encore inconnue, dans son essence, de la portion ganglionnaire de ce même système? Il est bien clair que ce sont là des vues qui peuvent être utiles, en ce sens qu'elles conduisent à instituer des expériences dans une direction déterminée; mais ces idées n'ont point d'autre valeur, et ne sauraient être acceptées dans la science comme théorie définitive. Ici donc, comme sur tant d'autres points de physiologie pathologique, nous sommes condamnés à l'observation, comme la méthode la plus facile, et partant susceptible de l'application la plus générale. Dans cette impossibilité de théoriser les faits, bornons-nous à les étudier, efforçons-nous d'en saisir le caractère le plus général, de distinguer ce caractère au milieu des nombreux phénomènes qui peuvent le masquer, et peut-être alors trouverons-nous quelques applications aussi nouvelles qu'intéressantes à faire d'un agent énergique qui n'a point encore répandu à toutes les indications qui l'appellent.

Les auteurs qui, comme M. Rayer, font dépendre d'une lésion de l'appareil cérébro-spinal ce grand phénomène de la périodicité régulière dans les fièvres intermittentes, cherchent surtout à justifier leur idée en établissant que l'intermittence marque, comme d'un caractère spécial, les actes normaux ou pathologiques du système nerveux. L'incontestable efficacité dont jouit, dans le traitement des névralgies, le véritable spécifique des fièvres intermittentes, tend à confirmer la justesse de cette vue. Dans plusieurs des faits que nous allons rapporter, c'est aussi le système nerveux qui est le point de départ le plus probable des accidents morbides, et nous verrons également le sulfate de quinine triompher merveilleusement de ces accidents.

Voici un premier fait, où nous allons voir se succéder les phénomènes les plus remarquables, et auxquels avaient été vainement opposées les médications les plus variées.

Madame D..., âgée de vingt-huit ans environ, a hérité de son père d'une constitution éminemment nerveuse; d'un embonpoint remarquable jusqu'à l'âge de treize ou quatorze ans; sa constitution se modifia brusquement à cette époque, où la menstruation s'établit. Madade D... devint dès lors extrêmement impressionnable; la plus légère réprimande l'affligeait fortement; si quelqu'une de ses compagnes venait à être indisposée, elle s'en préoccupait beaucoup, et redoutait pour elle-même l'indisposition, que son imagination avait entourée de tous les dangers de la maladie la plus grave. Dès cette époque la malade avait éprouvé, à de longs intervalles, et du côté de la poitrine, quelques-uns de ces accidents que nous allons voir reparaître plus tard sous une forme beaucoup plus sérieuse. A vingt-et-un ans, madame D... se marie. Pendant un ou deux ans la santé reste assez bonne; puis, peu à peu surviennent, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des palpitations, des étouffements qui portent la terreur dans l'esprit de la malade. De tous les moyens mis tour à tour en usage pour combattre ces accidents, le seul qui ait paru les calmer, c'est l'inspiration de l'éther sulfurique. Ce moyen lui-même devenait souvent impissant, quand l'étouffement était porté à un haut degré. Jusqu'ici rien qui ne se rencontre assez souvent chez les femmes hystériques : mais peu à peu le mal augmenta, et les accidents prirent un caractère qui commanda une médication plus énergique. Nous pûmes, pendant trois mois environ, observer madame D... dans l'état suivant : les nuits sont généralement tranquilles; depuis le matin jusqu'à une ou deux heures après midi, tristesse, inquiétude, peu ou point d'accidents; appétit, digestions faciles. Dans l'après-midi, et surtout vers le soir, les choses se passent tout autrement; il est impossible à la malade d'avaler la plus petite quantité d'aliments. A peine celui-ci est-il dans l'arrière-bouche, qu'un spasme invincible empêche la déglutition; que si c'est un aliment liquide, et que, grâce à cette forme, il ait franchi en partie l'obstacle, l'étouffement arrive à son comble, il y a véritable suffocation. Cette suffocation plus ou moins forte se prolonge jusque dans la nuit; peu à peu le sommeil arrive, et quand celui-ci cesse, la respiration redevient normale, le spasme a disparu, l'appétit se fait sentir et madame D... peut enfin prendre des aliments. Cette singulière affection, dont la malade fut prise à divers intervalles, dura la dernière fois près de trois mois : pendant ce temps les règles se supprimèrent; il y eut un amaigrissement marqué, et dont on s'inquiéta vivement. Du reste, les divers organes, examinés avec le plus grand soin, ne présentèrent aucune lésion appréciable. M. le professeur Andral, consulté, conseilla divers moyens, qui n'eurent aucune influence bien décidée, à l'exception du datura, dont ce médecin conseilla de continuer l'emploi, et qui parut calmer les étouffements. Cependant il n'y avait là qu'une légère amélioration, et les accidents, quoiqu'à un moindre degré, se reproduisaient invariablement. Déjà frappé de la périodicité des accidents, j'avais conseillé le sulfate de quinine, mais ce moyen avait été constamment rejeté. Sur mes nouvelles instances, on consentit enfin à en faire

usage. Le résultat fut immédiat. Dès le premier jour, les accidents eurent beaucoup moins d'intensité; le lendemain ils avaient à peu près complétement disparu. L'esprit de la malade se calma, les digestions se firent, l'embonpoint revint, et les règles ne tardèrent point à reparaître. Aujourd'hui madame D... jouit d'une santé parfaite.

Dans un des derniers numéros de ce journal, M. le docteur A Latour a rapporté quelques faits intéressants qui ont la plus grande analogie avec celui qui precède. Ce médecin n'a vu dans cette affection qu'une des mille et une formes que revêt la maladie hystérique. Dans l'état actuel de la science, où la théorie des maladies nerveuses est si loin d'être faite, le diagnostic ne peut guère, en effet, aller plus loin. Que si nous eussions opposé aux accidents de madame D... le moyen qui a si bien réussi à M. Latour, la poudre de valériane, eussions-nous obtenu une guérison aussi rapide que celle qui a suivi l'emploi du sulfate de quinine? Nous en doutons. Il y avait trois mois que ces accidents duraient chez notre malade; et, quelle qu'ait été la nature de ces accidents à leur origine, le génie périodique les avait en quelque sorte marqués de son caractère spécial; aussi bien, voyez avec quelle merveilleuse rapidité nous voyons l'anti-périodique par excellence y mettre fin. Nous ferons encore, sur ce point, une remarque qui offrira peut-être quelque intérêt.

Les maladies dont l'essence nous est inconnue, et que nous rangeons dans la grande classe des maladies nerveuses, sont surtout celles, comme nous l'avons dit déjà, où l'on voit apparaître, de la manière la plus tranchée, le caractère intermittent. Malheureusement, cette intermittence n'est point soumise à la loi de la périodicité régulière, et, par cela seul, le sulfate de quinine n'a aucune prise sur elle. Mais dans plus d'un cas l'observation nous a révélé les causes occasionnel qui provoquent les accidents dont l'ensembe constitue ce que nous savons de ces affections; ne nous est-il point possible, dans quelques circonstances, et en prenant le soin de ne manier un pareil levier qu'avec la plus grande circonspection, de soumettre périodiquement, et à des intervalles réguliers, l'organisme à l'action de ces causes, et par là d'imprimer aux accidents morbides un caractère périodique, qui appelle les préparations de quinquina? La question que nous nous bornons à poser ici a été déjà résolue dans un cas bien remarquable, et que ne devront point perdre de vue ceux qui voudraient suivre cette idée dans les applications dont elle leur paraîtra susceptible. Le professeur Dumas avait eu l'occasion d'observer un épileptique dont les accès étaient constamment provoqués par l'usage des liqueurs, porté au point de déterminer l'ivresse. Frappé de cette observation, ce médecin conçoit l'idee de provoquer périodiquement l'ivresse chez cet homme; les accès de la maladie paraissent en même temps; Dumas a recours alors au sulfate de quinine, qui guérit complétement l'épilepsie. Dans le cas que nous avons cité précédemment, les efforts, frequemment et périodiquement répétés, que fit la malade pour manger avec les autres personnes de la maison, à l'heure fixe du repas du soir, ont-ils imprimé à la maladie le caractère de périodicité régulière, qui a si heureusement assuré le succès du sulfate de quinine? D'après le fait observé par Dumas, que nous venons de rappeler, nous avouerons que nous sommes fort tenté de le croire. Plusieurs des malades dont M. A. Latour a parlé il y a quelque temps, dans ce journal même, étaient également dans des conditions semblables, et il est vraisemblable que, si le sulfate de quinine eût été employé dans plusieurs de ces cas, il eût obtenu le même succès. Nous allons voir, dans le cas suivant, une insomnie opiniâtre se développer de même sous l'influence d'une cause agissant sur l'organisme d'une manière périodique, et céder également aussi à l'action du sel de quinine.

Un jeune homme, d'un caractère ardent et passionné, entretenait une liaison criminelle avec une femme mariée. Une circonstance, dont il s'applaudit d'abord dans l'intérêt de sa passion, le conduisit à demeurer pendant quelques jours dans la maison de cette femme. La chambre où il couchait était voisine de la chambre conjugale, une simple cloison les séparait. En proie au sentiment de la jalousie la plus furieuse, il éprouva, pendant les cinq ou six nuits qu'il passa dans cette position, toutes les angoisses de l'amour le plus violent; il ne goûta point un seul instant de sommeil; les idées les plus criminelles lui traversèrent le cerveau: au moindre bruit qu'il saisissait, il se croyait trahi, il suffoquait de rage. Nous ne raconterons point toutes les tortures du patient, il est facile de se les figurer. Ces jours de supplice finirent cependant, mais le mal avait déjà jeté de profondes racines: les violentes secousses qu'avait éprouvées le système nerveux amenèrent une insomnie loborieuse, pénible, qui durait depuis huit jours déjà lorsque nous vîmes le malade. Celui-ci, dissimulant d'abord les principales circonstances qui avaient provoqué les accidents dont il se plaignait, il nous fut impossible de saisir le caractère du mal, et d'y apporter un remède convenable. Inquiet en se voyant chaque jour dépérir, il se décida enfin à nous raconter toutes les circonstances au milieu desquelles cette insomnie, les spasmes nerveux dont il se plaignait, l'avaient surpris. Nous fûmes plus rassuré, mais le remède nous échappait toujours. Fatigué de tous nos tâtonnements, et sans en espérer grand succès, nous conseillâmes au malade de prendre du sulfate de quinine; il en prit 50 centigrammes deux heures avant de se mettre au lit, et, pour la première fois depuis douze jours environ, il dormit trois heures, quoique d'un sommeil encore agité; le lendemain, et pendant quatre jours consécutifs, même dose; le troisième jour le sommeil était complétement revenu. — Consulté, il y a quelque temps, par un vieillard, qui, sans cause appréciable, et depuis quinze ou vingt jours, se réveillait constamment à une heure du matin, et ne pouvait prendre de sommeil ensuite, nous lui conseillâmes, comme dans le cas précédent, le sulfate de quinine; mais ici le médicament échoua complétement. Pourquoi cette différence dans le mode d'action d'une même substance, dans des cas où la périodicité régulière était également bien tranchée? Nous ne le rechercherons point.

En quoi consistait, chez notre premier malade,

la lésion du système nerveux? Est-ce à cette lésion que doivent se rapporter les accidents qu'il nous a présentés? Pourquoi cette lésion disparaissait-elle durant le jour, ou du moins ne se traduisait-elle point alors par les phénomènes que nous voyons survenir la nuit? Comment ensuite le sulfate de quinine peut-il mettre fin à une série d'accidents, dont le point de départ physiologique est sans doute le cerveau, mais dont l'origine réelle doit très-certainement être placée plus loin que la matière? Ce sont là autant de questions insolubles, et dont nos habitudes matérialistes éloignent sans doute de plus en plus la solution.

Pour terminer ce travail de thérapeutique purement empirique, il ne nous reste plus qu'à relater un fait dont il est difficile, dans l'état actuel de la science, de saisir le rapport avec les faits que nous avons précédemment exposés, mais qui, comme ceux-ci, va nous montrer une intéressante application du sulfate de quinine.

Une jeune enfant de six ans, d'une constitution plus forte que faible, habituellement bien portante, et placée dans les conditions hygiéniques les plus favorables, voit, sans cause connue, ses jambes se couvrir de petites taches roses, qui ne la gênent qu'en lui faisant éprouver un léger sentiment de démangeaison. La santé de l'enfant étant d'ailleurs excellente, on ne s'en préoccupe point. En quelques jours les taches ont disparu, mais elles sont remplacées par d'autres plus abondantes, et plus généralement répandues; celles-ci cessent encore, et une nouvelle éruption ne tarde point à se développer. Pendant plusieurs mois il se fait ainsi chez cette enfant un nombre d'éruptions indéterminé, qui n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général. Cependant une personne qui avait vu une éruption analogue se compliquer de pertes de sang abondantes, conseille aux personnes chargées de l'enfant de nous faire demander; nous trouvons l'enfant dans l'état suivant : la peau des jambes et des cuisses, surtout à la partie interne, est parsemée de taches roses ou violacées, nombreuses, arrondies, en tout semblables à des taches de puce, sauf le petit point central. Ces taches ne disparaissent point sous la pression du doigt; çà et là se remarquent de petites taches jaunes, qui rappellent de petites ecchymoses, à un état avancé de résorption. Le pouls ne présente d'ailleurs aucune fréquence, toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement. Nous nous bornons à prescrire le repos au lit, une nourriture légère, et pour boisson un peu de limonade. En trois jours les taches pâlissent, s'effacent pour la plupart, mais tous les jours de nouvelles taches se forment durant la nuit. Nous crûmes observer une sorte de périodicité régulière dans le développement de ces petites hémorrhagies intersticielles; en conséquence de cette vue, nous conseillâmes le sulfate de quinine. A peine trois jours se furent-ils écoulés depuis que la petite malade était soumise à l'emploi de ce moyen, que toutes les taches s'effacèrent, sans que d'autres reparussent, comme cela avait lieu depuis plusieurs mois. Depuis lors cette enfant jouit d'une santé parfaite, et rien n'annonce le retour de son ancienne maladie.

C'est bien là un exemple de ce que les auteurs, depuis Willan, ont appelé *purpura simplex*, ou maladie tachetée. Plusieurs observateurs, entre autres M. Gibert, ont parfois rencontré cette légère affection en complication avec une fièvre intermittente, quotidienne ou tierce, et ont mis fin à l'un et à l'autre de ces accidents à la fois en recourant au sulfate de quinine. Ici, rien de semblable à une fièvre intermittente n'a été remarqué; mais le développement des taches purpurines a semblé affecter une marche franchement et régulièrement intermittente, et le sulfate de quinine a mis rapidement fin à la maladie. Nous savons bien que les préparations de quinine sont depuis longtemps et vulgairement employées dans ces sortes de diathèse hémorrhagique asthénique, et que l'on pourrait nous objecter que le sulfate de quinine, par nous employé, a agi, dans le cas que nous venons de citer, comme tonique, et non comme anti-périodique. Nous reconnaissons la justesse de cette observation; mais nous répondrons que rien dans la constitution de cette enfant n'annonçait cette asthénie qu'on invoque pour expliquer l'action du sulfate de quinine; que ce qui était bien tranché, c'était la périodicité régulière du développement des taches purpurines, et que, nonobstant cette observation, du reste vraisemblable, c'est comme anti-périodique et non comme tonique que le sulfate de quinine s'est montré utile dans ce cas. Quoi qu'il en soit de notre remarque, nous appelons l'attention des médecins sur ce point intéressant de pathologie; en poursuivant l'idée que nous venons d'exprimer, peut-être en trouvera-t-on la vérification dans les faits.

La pensée dont nous sommes pénétré en écrivant cet article, est celle-ci : L'homme est né pour connaître; sa vocation intellectuelle est la science, comme sa vocation morale est l'amour et la pratique du bien. En vain la philosophie moderne, mutilant ses facultés, essaie-t-elle d'abaisser la science au niveau de nos sens matériels, et de faire de l'observation l'unique procédé logique de celle-ci; l'esprit se révolte contre cette méthode, qu'il dépasse et s'en affranchit. La science n'est point dans les détails, dans les individualités, elle est dans les rapports généraux, qui les dominent et les commandent; elle est dans la théorie, qui formule ces lois, ces rapports. Il résulte de ces tendances de l'esprit dans l'ordre de la science, que les résultats vrais de l'empirisme pur attirent et captivent notre intelligence beaucoup moins fortement que les synthèses prématurées d'une science incomplète. C'est là une double erreur contre laquelle il faut constamment nous tenir en garde. Étudions sans relâche les rapports des choses, car c'est dans cette voie seule que nous trouverons la science; mais, en attendant, ne négligeons point les données importantes qu'a pu nous fournir l'empirisme pur.

Si la théorie n'a point encore jeté sur ces données ses lumineuses clartés qui nous font voir le fond des choses, elles peuvent au moins déjà nous faire prévoir quelques résultats, et cette prévision, c'est déjà de la science. Ainsi en est-il du grand fait de la périodicité, de l'intermittence régulière dans les maladies, et du moyen purement empirique que nous fournit la matière médicale pour répondre à cette importante indication : phénomène pathologique, action thérapeutique du modificateur sur l'or-

ganisme, tout ici nous est inconnu ; et comme ces deux faits échappent également à la science, telle que nous la comprenons dans ses rapports avec notre intelligence, nous négligeons les inductions utiles auxquelles ils peuvent nous conduire ; cela, nous le répétons, est un dommage réel pour la pratique de l'art, surtout quand il s'agit d'un médicament doué, comme les préparations de quinquina, des propriétés les plus énergiques. Nous avons essayé de montrer comment, en étudiant du point de vue de l'empirisme pur (point de vue auquel nous sommes d'ailleurs ici forcément condamnés), ce phénomène de la périodicité pathologique, on pouvait saisir quelques faits intéressants, qui échappent ordinairement à nos regards distraits et préoccupés, et faire ainsi quelques applications nouvelles de l'agent le plus précieux et le plus sûr de la matière-médicale. Qu'on élargisse le cercle de cette étude, qu'on cherche à abstraire le grand phénomène de l'intermittence périodique des phénomènes variés auxquels il peut se trouver mêlé, et qui le masquent, nous sommes persuadé qu'on pourra trouver là quelque chose. Il ne s'agit point ici d'un médicament nouveau-venu, dont les propriétés nous sont inconnues, et que la matière médicale, toujours un peu besogneuse malgré sa plantureuse apparence, s'empresse d'admettre dans ses cadres, il s'agit du modificateur qui, à lui seul, démontre la réalité de la science ; cela vaut bien la peine qu'on s'en occupe, et qu'on cherche à en étendre les applications.

(*Ibidem.*)

---

13. *Observations sur les effets d'un liniment spiritueux dans le traitement de la chorée, ou danse de Saint-Guy ;* par feu J.-A. Chrestien, doct. en méd. de l'Université de Montpellier, etc., etc., et A. Legrand, D.-M.-P.

Ces observations, que je prends aujourd'hui le parti de publier, me furent envoyées dans les premiers mois de l'année 1837, par feu le docteur J.-A. Chrestien, avec la demande de les adresser à l'Académie de médecine, et de les faire insérer dans un de nos recueils scientifiques les plus répandus. Je me disposais à remplir les intentions de mon vénérable ami, quand une apoplexie avec hémiplégie, en frappant son intelligence, le fit se survivre à lui-même pendant deux ans encore. Ce grand praticien mourut, et je résolus d'attendre une occasion favorable pour associer mon nom au sien dans cette publication. Je n'en pouvais désirer qu'une seule, celle d'avoir à faire une application de la méthode dont, je dois le déclarer ici hautement, il est le seul inventeur. Cette occasion vient de m'être offerte, et je l'ai saisie avec empressement. Ce n'est pas que bien antérieurement il ne me soit arrivé d'employer le liniment spiritueux préconisé par Chrestien dans le traitement de la chorée, mais ce fut toujours pour des maladies d'un autre genre, et je ferai sans doute connaître en temps et lieu les résultats remarquables que j'ai obtenus.

Le traitement proposé par Chrestien est de l'administration la plus facile pour les sujets, puisqu'il suffit d'obtenir d'eux qu'ils se laissent frictionner trois fois le jour sur la colonne vertébrale, avec une cuillerée à café chaque fois, d'un liniment composé comme il suit (1) :

Alcool de genièvre.	125	gram.
Huile essentielle de girofle. .	5	id.
Baume de muscade.	5	id.

Ce traitement, si simple en lui-même, n'exige, du reste, que de la sobriété dans le régime et de l'exercice au grand air. C'est dans sa *Méthode ïatraleptique* (1 vol. in-8°; Paris, 1811), que Chrestien fit connaître ce nouveau mode de traitement, et il rapporta cinq cas de guérisons de cette maladie opérées par cette nouvelle méthode. Nous n'avons pas cru déplacé de les reproduire en y joignant six nouvelles observations, deux dont Chrestien a été témoin et quatre qui lui ont été communiquées. Je ferai précéder toutes ces observations de celle qui m'est particulière ; mais avant, je laisserai Chrestien dire les motifs qui l'ont engagé à faire cette nouvelle publication, motifs auxquels j'ai pleinement adhéré.

« Plusieurs fois j'ai vu dans les journaux de médecine des traitements conseillés contre la danse de Saint-Guy, et notamment dans le Nouvelliste médical (il y a trois ans (2), une longue énumération de remèdes indiqués contre la chorée, sans y voir figurer le liniment spiritueux ; je témoignai ma surprise au rédacteur, qui eut l'obligeance d'insérer ma note. Je me suis aperçu qu'elle n'avait produit aucun effet, en lisant les divers articles publiés dans les trois derniers volumes (tom. V, VI, VII) du *Bulletin général de thérapeutique*, où il est question du traitement de la chorée, qu'on considère comme souvent rebelle à un grand nombre de remèdes, parmi lesquels je ne trouve pas le liniment de Rosen.

« En témoignant le désir de voir employer ce

---

(1) C'est Rosen qui le premier a donné la formule de ce liniment, dans son Traité des maladies des enfants (1 vol. in-8°; Paris, 1778). Rosen, qui administrait ce liniment aussi en frictions le long de la colonne vertébrale, l'a composé pour le traitement de la lienterie, et il déclare s'en être parfaitement trouvé pour combattre cette maladie qu'on rencontre si fréquemment dans l'enfance.

J'ai adopté la formule de Chrestien, mais je dois faire observer que ce liniment n'est pas d'une préparation facile, et qu'indépendamment de la bonne qualité des médicaments qui entrent dans sa composition, il exige une parfaite manipulation. Ainsi, après avoir mis dans un mortier de marbre les deux huiles essentielles, on les triture avec soin avec un pilon de bois et en versant l'alcool peu à peu. Je dois encore faire observer que la solution ne s'opère point entièrement, et qu'il y a précipitation, surtout du baume de muscade ; aussi faut-il bien agiter le liniment chaque fois qu'on en fait usage.

Quant à la dose, je n'ai pas besoin de faire observer qu'elle peut varier selon la constitution du sujet, la gravité de la maladie et les indications que le médecin veut remplir. — Rosen ne prescrivait aussi qu'une cuillerée à café par friction, et il ne faisait faire que deux frictions par jour.

(2) Aujourd'hui il y en a sept.

remède, je n'en fais point une question d'amour-propre, mais je désire seulement avoir la satisfaction d'épargner à de pauvres enfants l'emploi de méthodes de traitement plus ou moins pénibles. Je ne puis pas croire que le climat de Paris s'oppose à l'efficacité que j'ai reconnue au liniment de Rosen, en l'administrant à des malades habitant le département de l'Hérault.

« Témoin de guérisons de chorée obtenues par l'usage des bains de Balaruc, prescrits par Lamure, mon illustre maître, je ne doutais pas qu'il ne considérât la maladie comme dépendant d'un certain état d'atonie des nerfs de la moëlle épinière; c'est ce qui m'engagea à essayer le liniment de Rosen pour le traitement de cette maladie. »

Avant de faire connaître les résultats obtenus par Chrestien et d'autres médecins, je veux relater l'observation suivante qui prouvera d'une manière non douteuse que le liniment de Rosen peut être aussi heureusement employé dans le climat de Paris que dans celui de Montpellier.

Obs. I. — Mademoiselle Victorine***, ouvrière en linge, âgée aujourd'hui (25 juillet 1841) de dix-huit ans accomplis, d'une assez forte constitution, bien réglée, a toujours joui d'une bonne santé, à l'exception de la variole qu'elle a eue fort grave en 1834. — Le 18 octobre 1840, elle tomba malade et subit une fièvre adynamique qui la mit en tel danger de perdre la vie, que, pendant au moins un mois, on craignait chaque jour de la voir succomber. Malgré l'intérêt qu'il y aurait à donner la relation de cette maladie, dont les différentes phases me présentèrent à vaincre des difficultés de plusieurs genres, comme ce ne serait point ici la place de cette observation, je m'en abstiendrai; je signalerai seulement la rechute qu'éprouva la malade, vers le 2 ou le 3 décembre, à la suite d'un refroidissement qui amena la complication d'un rhumatisme articulaire aigu, parce que cette maladie intercurrente me paraît avoir offert quelque connexité avec l'affection nerveuse qui fait l'objet de cet opuscule. Victorine entra enfin en convalescence à la fin de décembre, mais cette convalescence fut rendue fort difficile et fort pénible par la présence de ce rhumatisme qui allait sans cesse d'une articulation à une autre. Cependant cette maladie allait en décroissant, la menstruation était bien rétablie; à la vérité, il y avait peu de sang de perdu aux époques menstruelles, mais cette circonstance devait être considérée comme une sage prévoyance de la nature, qui avait tant à réparer après une si longue et si grave maladie; malgré cela, Victorine ne retrouvait pas la brillante santé dont elle jouissait avant le 18 octobre. Elle avait peu d'appétit, ses forces ne revenaient pas, les articulations, surtout celles des poignets, restaient douloureuses, les muscles étaient souvent le siége de fourmillements incommodes, le sommeil était presque toujours agité, et, quoique Victorine ne fût plus malade, elle restait toujours souffrante et incapable de reprendre son travail.

Ce fut vers le milieu du mois d'avril dernier que Victorine commença à s'apercevoir qu'elle n'était pas maîtresse de tous les mouvements du bras gauche; déjà, auparavant, j'avais cru remarquer quelque chose de convulsif dans son rire, qui n'était pas toujours bien motivé. Les mouvements anormaux du bras furent bientôt plus prononcés, et ne tardèrent point à être tels qu'à tout moment le bras gauche était convulsivement porté en arrière dans l'état de flexion, et si violemment, que la main allait toucher l'omoplate droite. De ce moment, les mouvements volontaires furent presque impossibles, et l'usage du bras gauche fut absolument interdit. En même temps, la face fut le siége de mouvements convulsifs, et ces grimaces involontaires étaient plus fréquentes et plus prononcées quand on regardait la malade et qu'on l'interrogeait. Je ne pus plus avoir aucun doute sur la nature de la maladie, et, le 5 mai, Victorine commença l'usage du liniment de Rosen en frictions le long de la colonne vertébrale, faites chaque matin à la dose d'une cuillerée à bouche pour chaque fois.

Au même moment que la malade commençait son traitement, elle partit pour Versailles; mais le séjour de cette ville, où l'air est si vif et si sain, ne parut lui être d'aucun avantage, et la maladie continua de faire des progrès; elle envahit la jambe gauche au point que, dans la marche, qui était fort difficile, quelquefois même impossible, Victorine traînait sa jambe ou était obligée de la projeter en avant. Il ne lui était pas moins difficile de rester longtemps debout, car sa jambe, pliant sous elle, elle fût nécessairement tombée. Enfin, le mal empirant toujours, tous les membres furent agités de mouvements involontaires, et la progression fut pendant deux ou trois jours impossible, et même la station assise fort difficile.

Cependant, vers le 15 mai, après dix jours de l'usage soutenu du liniment spiritueux, il y eut dans l'état de Victorine un amendement qui était encore plus marqué à la fin du même mois, quoique Victorine fût revenue à Paris pour y rester. Le 25, la menstruation eut lieu et fut plus abondante. — Seconde dose du liniment spiritueux. — Troisième dose le 26 juin (1). A cette époque, le rétablissement de Victorine put être considéré comme complet. Depuis un mois, elle avait pu recommencer ses travaux de couture; cependant, dans le premier temps, elle n'était pas encore maîtresse de tous ses mouvements, pour le bras gauche seulement, mais vers la fin de juin, il ne restait plus aucune trace de cette mobilité involontaire. Alors l'appétit était bon, les digestions parfaites, le sommeil excellent; la menstruation s'était de nouveau montrée et avait été convenable, quant à la quantité et quant à la qualité du sang perdu, ce qu'on ne pouvait pas dire pour celui des époques précédentes.

Victorine a cessé ses frictions, et je la considère aujourd'hui (25 juillet 1841) comme radicalement guérie; en effet, on la voit journellement reprendre des forces, de l'embonpoint, et elle aura bientôt recouvré toute la fraîcheur de son âge. Nouvelle irruption des règles, qui sont encore plus abondantes que les fois précédentes.

J'arrive maintenant aux observations déjà pu-

(1) Elle aura ainsi consommé, pour tout son traitement, 375 grammes de liniment spiritueux.

bliées par Chrestien dans sa *Méthode ïatraleptique.*

Obs. II, rédigée en 1809.—Un garçon de neuf ans, d'une constitution délicate, ayant la lymphe viciée, fut attaqué du *chorea sancti Viti*, d'une manière forte: l'enfant, se refusant à tous les rèmedes, Chrestien le fit frictionner sur l'épine du dos avec le liniment. Dans l'espace d'un mois, on n'observa plus de mouvements convulsifs; il continua encore environ un mois le remède, et il prit du petit-lait pour émousser un peu son action tonique trop longtemps soutenue. Depuis plus de neuf ans que cette cure est opérée, le sujet s'est bien porté et n'a point éprouvé le plus léger mouvement convulsif.

Obs. III.— Une fille, âgée de quatre ans, était atteinte de la même maladie, à un degré moins intense; Chrestien proposa le même remède, qui n'eut pas un effet aussi prompt, parce qu'on ne mit pas dans son administration la même exactitude. L'enfant, après cinq ou six jours de son usage, éprouva du mieux; le liniment ne fut plus employé. Les mouvements convulsifs devevant plus forts, on y eut recours de nouveau; un nouvel amendement décida une nouvelle suspension; le remède fut pris et quitté dix fois au moins dans l'espace de quatre mois; on mit à la fin plus de constance dans l'emploi du moyen, et au bout du cinquième mois il produisit l'effet le plus heureux. Depuis environ huit ans que cette guérison a eu lieu, il ne s'est manifesté chez l'enfant, qui a éprouvé divers dérangements dans sa santé, aucun symptôme qui annonçât ni mobilité ni vibratilité vicieuses du système nerveux.

Obs. IV. — Une fille, âgée de treize ans, avait éprouvé, à dix-huit mois, une affection de nature rhumatismale (1), qui avait porté surtout sur les extrémités inférieures, et laissé après elle la maladie connue sous le nom de danse de Saint-Guy. A l'âge de treize ans, la même cause produisit les mêmes effets, et il y avait trois mois que l'enfant était en proie à des mouvements convulsifs qui ne lui laissaient pas plus de liberté la nuit que le jour, lorsque Chrestien fut consulté. On avait employé intérieurement des remèdes dont on devait d'autant mieux espérer, qu'ils avaient réussi dans la première attaque, dont la durée n'avait été que d'un mois, ce qui n'empêcha pas M. Chrestien de proposer de suite le liniment spiritueux; il fut administré comme dans les cas précédents, et après en avoir employé 280 grammes environ, l'enfant fut délivré de tous mouvements convulsifs; elle avait recouvré le sommeil par suite de la diminution graduelle des symptômes, elle reprit de l'embonpoint par le retour de l'appétit qu'elle avait perdu, et ne tarda point à jouir de la meilleure santé.

Obs. V.— Appelé auprès d'une fille de douze ans, qui, à la suite d'une frayeur éprouvée en passant la nuit près d'un cimetière, était attaquée depuis deux mois de la même maladie que le sujet ci-dessus, Chrestien conseilla encore le liniment de Rosen, avec d'autant plus de raison, qu'on avait déjà employé à l'intérieur; et sans succès, des antispasmodiques. Ce moyen procura bientôt une diminution sensible des mouvements convulsifs. Curieux alors de savoir si les antispasmodiques à l'extérieur produiraient le même effet que le liniment, Chrestien lui substitua sa teinture antispasmodique (1). Le bien qu'il avait obtenu se dissipa; une teinture préparée avec l'assa-fœtida à forte dose ne réussit pas mieux, et il fallut revenir au liniment, qui ne trompa pas l'attente du médecin.

Obs. VI. — Même résultat chez une autre fille du même âge, qui fut attaquée du *chorea sancti Viti* à la suite d'une peur que lui fit de l'enfer un confesseur imprudent; elle fut soumise à l'emploi du liniment, qui agit avec son efficacité ordinaire.

Depuis l'impression de sa *Méthode ïatraleptique*, M. Chrestien n'a eu occasion de traiter que trois cas de chorée; deux se manifestèrent sur le même sujet. Voici ces trois observations.

Obs. VII. — A la suite d'une forte correction, un garçon, d'une constitution délicate, âgé de neuf ans, fut atteint de chorée violente. Cet enfant habitait la campagne; on l'amena à M. Chrestien en lui proposant de le garder près de lui, ce à quoi il se refusa, l'air de la ville ne valant pas celui qu'on lui aurait fait quitter. Il le renvoya chez lui en prescrivant les frictions faites avec le liniment et en recommandant qu'on le traitât avec la plus grande douceur, quand même il se mettrait dans le cas d'être grondé. Il fallut deux mois pour le rendre à la santé.

Obs. VIII.—Une demoiselle de neuf ans, issue d'une famille dont tous les membres offrent une très-grande susceptibilité nerveuse, fut attaquée de chorée sans qu'on pût lui assigner de cause particulière. Elle fut soumise à l'emploi du même liniment, qui produisit son effet accoutumé, mais moins promptement. M. Chrestien a observé que la durée ordinaire du traitement par le liniment de Rosen, est d'un mois et demi à deux mois, quelquefois même plus court; dans ce cas-ci il dépassa deux mois et demi, et Chrestien fut surpris de la grande quantité de liniment consommé, au point de lui faire croire qu'on avait répandu de la liqueur, ou qu'on avait fait plus de trois frictions par jour. La dose fut portée à plus d'un kilogramme et demi.

Obs. IX.—C'est le même sujet qui fournira ce nouveau fait, que nous nous serions contenté de citer, s'il n'avait pas fallu modifier le traitement. Après deux ans de bonne santé, cette même demoiselle fut reprise de chorée par l'effet probablement du déplaisir qu'elle éprouvait d'aller chez une institutrice. Dès l'apparition des mouvements convulsifs, M. Chrestien eut recours au liniment, que la malade ne supporta pas aussi bien que la première fois. On avait atteint la dose de 550 grammes, lorsqu'une ex-

---

(1) On se rappelle que Victorine, de la première observation, a éprouvé une attaque de rhumatisme aigu qui a aussi précédé la chorée. Y aurait-il donc quelque analogie entre ces deux maladies, et l'une pourrait-elle être précurseur de la seconde?

Eau-de-vie.	125 grammes.
Opium brut.	20 centigrammes.
Camphre.	60 centigrammes.

Dissolvez et filtrez. (*Méthode ïatraleptique.*)

citation un peu forte fit sentir la nécessité d'en suspendre l'emploi. Chrestien lui substitua sa teinture antispasmodique à la dose de trois cuillerées à café par jour. Après douze jours de son usage, un calme assez sensible lui fit penser qu'il pouvait activer la teinture en y mêlant un tiers de liniment; mais après quatre jours de ce mélange, il lui fallut revenir à la teinture antispasmodique seule, qui, portée à la dose d'un kilogramme, remit la malade en parfaite santé.

M. Chrestien doit à l'obligeance de trois confrères les observations qui terminent ce mémoire.

Obs. X.—M. Pourché, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de la maison centrale de la même ville, sachant que M. Chrestien avait toujours réussi contre la chorée, en lui opposant le liniment de Rosen, y eut recours pour un enfant de douze ans atteint de cette maladie; le remède agit promptement, puisque la guérison fut obtenue dans moins de quarante jours; mais il se trouva obligé de réprimer l'excitation que produisit le liniment par son association avec la teinture antispasmodique.

Obs. XI.—M. Chamayou, praticien distingué d'Alais (département du Gard), eut la bonté d'écrire à M. Chrestien, en date du 1er août 1835, pour lui communiquer l'observation suivante :

« Durozier, âgé de dix-sept ans, d'une constitution grêle, d'une haute taille, premier manœuvre auprès d'un ouvrier souffleur à la verrerie de Rochabelle (Alais), fut saisi, en mars 1835, d'une chorée qu'on attribua à la croissance trop rapide du sujet et à la fatigue excessive, inséparable de sont travail habituel. Au mois de mai les mouvements désordonnés et involontaires étaient si fréquents et si brusques, que la station et la marche n'étaient plus possibles, que la déglutition était très-difficile, la voix altérée, la parole tremblante et entrecoupée, la tête ne pouvait plus conserver sa rectitude sans reposer sur l'oreiller.

« L'emploi simultané ou successif de la plupart des moyens vantés contre cette affection était resté sans résultat. On avait eu recours aux tempérants, aux calmants, aux antispasmodiques, aux anthelmentiques, aux toniques. Dans ces diverses classes de médicaments, on avait préféré la pivoine, la valériane, la jusquiame, l'aconit, les fleurs de zinc, le camphre, les feuilles d'oranger, le quinquina, l'acide hydrocianique, etc., etc., les bains, soit simples, soit composés, les évacuations sanguines par l'application des sangsues et des ventouses au voisinage de la colonne épinière. De tous les remèdes mis en usage, il n'y eut que l'électuaire antiépileptique de Barthès qui parut enrayer pendant trois jours seulement les progrès du mal : ce terme passé, ses effets furent nuls.

« Informé par mon frère, pharmacien à Montpellier, que M. le docteur Chrestien obtenait constamment le plus complet succès contre la chorée, du liniment spiritueux de Rosen, j'en conseillai l'administration et frictions sur l'épine du dos, à la dose d'une cuillerée à café, trois fois par jour; au deuxième jour, amendement de tous les symptômes en général, rétablissement de la déglutition, de la voix (à leur état normal); le neuvième jour le malade put se promener et suffire à ses besoins; le vingt-huitième jour il a été complétement guéri, et le 5 juin, c'est-à-dire trente-quatre jours après avoir commencé l'emploi du liniment, Durozier a repris son travail habituel, qu'il continue sans éprouver le plus leger malaise. »

Obs. XII (*communiquée par le docteur Bertin, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier.*)— « Mademoiselle A.., âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique et d'une sensibilité nerveuse très-prononcée, éprouva, à l'âge de dix ans, une première attaque de chorée, qui se renouvela l'année suivante. La maladie, cette seconde fois, fut plus grave et plus longue que la première, mais, dans l'un et l'autre cas, elle se termina sans laisser après elle aucune trace de son existence. La seule chose qu'il ait été possible de recueillir sur la nature du traitement mis en usage, c'est qu'on avait eu recours avec persévérance à des frictions faites à l'aide d'une pommade opiacée.

« A douze ans environ, mademoiselle A... fut atteinte de la rougeole, qui, dans ses prodrômes, dans son cours et dans sa terminaison, suivit une marche fort régulière. Depuis cette époque, la santé de cette demoiselle n'a pas été dérangée. La première menstruation s'établit à l'âge de quatorze ans, sans aucun accident, et s'est reproduite exactement chaque mois.

« Vers les premiers jours du mois de mars 1835, il survint un malaise général, accompagné de perte d'appétit, de dérangement dans les digestions; bientôt le sommeil fut troublé, les nuits devinrent agitées. Le caractère, naturellement doux, perdit beaucoup de sa douceur; des mouvements involontaires, irréguliers, se firent apercevoir, d'abord rares, et à peine sensibles, affectant seulement les membres gauches, et faciles à confondre avec des mouvements volontaires; ils acquirent bientôt plus d'extension et de fréquence. Un mois environ s'était écoulé sous l'influence d'un état semblable, quand je vis la malade pour la première fois.

« Les mouvements étaient devenus beaucoup plus fréquents et plus sensibles; ils n'offraient pas une grande étendue; cependant à chaque secousse convulsive, le pied, complétement détaché du sol, était porté en avant, en arrière, ou sur les côtés; dans les mouvements qui agitatent le bras, si la malade était assise, le coude était éloigné du corps, mais l'impulsion que recevait la main n'était pas toujours suffisante pour la déplacer du lieu sur lequel elle reposait. C'était surtout pendant que la malade n'agissait pas que ces secousses convulsives se produisaient. Le bras et la jambe gauche en étaient seuls affectés; cependant les membres droits ne pouvaient pas être dans un état de santé parfaite, car, outre qu'ils partageaient la faiblesse générale qu'éprouvait la malade, le bras avait de la peine à accomplir certains mouvements. Quand elle voulait porter ses aliments à la bouche, saisir des objets très-menus, essayer de coudre ou de broder, ces divers actes s'accomplissaient d'une manière vicieuse ou étaient même impossibles.

« Les yeux n'offraient aucun mouvement convulsif; mais des contractions involontaires des lèvres et de la joue gauche, répétées fréquemment, don-

naient à la physionomie, en outre de l'air de tristesse qui s'y trouvait empreint, un aspect bien éloigné de celui qu'elle offrait dans l'état naturel. L'articulation de certains mots était souvent difficile, embarrassée, et tous les matins, en se levant, la malade éprouvait au gosier un sentiment de gêne et de constriction qui se prolongeait jusqu'au milieu du jour et se dissipait alors peu à peu. Elle se plaignait d'avoir perdu l'appétit, sa langue était blanche, épaisse, sans rougeur sur les bords, molle et humide; la bouche était mauvaise, les digestions pénibles, les évacuations alvines irrégulières et rares, la période menstruelle venait de finir, et cette fois, comme toujours, s'était régulièrement accomplie sous tous les rapports.

« Avant d'avoir recours aux antispasmodiques, que je croyais convenables à la maladie convulsive, il me parut important de détruire la complication dont les voies digestives étaient le siége. Une once de crème de tartre soluble, donnée dans trois verres d'eau, à vingt minutes d'intervalle l'un de l'autre, détermina des selles copieuses et soulagea la malade, qui, trois jours après, fut soumise de nouveau au même moyen; une amélioration sensible fut le résultat de ces évacuations répétées. Non-seulement les fonctions digestives s'accomplirent avec plus de régularité, mais il fut facile de se convaincre que les mouvements involontaires avaient aussi bien diminué. Dès ce moment la malade fut mise à l'usage des pilules, contenant chacune deux grains de thridace, un tiers d'extrait de jusquiame blanche, et autant d'extrait d'aconit napel; elle en prit d'abord une matin et soir, et la dose fut successivement augmentée d'une tous les deux jours, jusqu'à ce qu'on eût atteint le nombre de six dans la journée; immédiatement après les pilules, la malade buvait un verre de petit-lait.

« Au bout de trois semaines, il existait déjà une amélioration dont on avait pu suivre le développement graduel; le gosier et la langue étaient presque entièrement libres, et l'articulation des mots plus régulière et plus facile; le malaisie qui, tous les matins, se prolongeait plusieurs heures après le lever, avait disparu totalement. Les mouvements involontaires des membres étaient à peu près nuls, et la malade était arrivée au point d'exécuter sans peine des travaux délicats de son sexe; son caractère changeait aussi d'une manière avantageuse; elle reprenait son ancienne gaieté.

« Cet état de choses se soutint en s'améliorant sans cesse, jusqu'au moment de l'apparition du flux menstruel, qui survint à l'époque ordinaire sans aucune difficulté, et dont, comme de coutume, la durée fut de sept jours. Malgré cette circonstance, qui semblait devoir consolider le bien déjà obtenu, il ne se soutint pas, et, soit par l'influence du traitement sédatif mis en usage, soit par l'effet d'une déperdition trop considérable de sang, tous les mouvements convulsifs reparurent avec la même intensité que dans le principe, avec cette différence que les membres droits étaient plus agités que les gauches, et que l'on trouvait chez la malade un affaiblissement général très-prononcé.

« Le changement survenu dans la maladie me parut la source de nouvelles indications, que je crus d'abord pouvoir remplir d'une manière avantageuse au moyen de frictions faites sur le dos avec le liniment de Rosen, dont M. Chrestien avait eu toujours à se louer. Prévenue contre ce remède, à cause de son odeur fortement aromatique, la malade refusa d'en faire usage, en disant qu'elle éprouvait toujours des effets fâcheux de tout parfum trop fort. J'eus alors recours à des frictions faites avec la teinture de quinquina, en même temps qu'on mettait en usage des pilules avec l'extrait de valériane sauvage, uni à l'extrait aqueux de quinquina. Quelques jours s'étaient à peine écoulés, sous l'influence de ces moyens, qui n'avaient encore produit aucun bon effet, lorsque, présentée à M. Chrestien, la jeune malade en écouta les sages conseils, et, faisant taire ses craintes devant les avis d'une si grande expérience, se décida à l'emploi du liniment spiritueux.

« Dès ce moment des frictions furent faites matin et soir, tantôt sur la colonne vertébrale, tantôt sur la face interne des cuisses, de manière à employer chaque fois une demi-once de liniment.

« Peu de jours s'étaient écoulés, que déjà on apercevait une légère amélioration; les secousses convulsives devinrent moins étendues et moins fréquentes, les mouvements volontaires s'accomplirent avec plus de régularité, en même temps que les forces générales augmentèrent. La malade retrouva sa gaieté, ses traits offrirent plus de calme, et chaque jour sa figure reprenait de plus en plus son aspect naturel. Bientôt l'articulation des mots ne se ressentit plus de l'imperfection des mouvements de la langue, et tout sentiment de gêne au gosier s'effaça complétement. Les petits mouvements involontaires qui restaient encore dans les membres cessèrent peu à peu, et furent remplacés quelquefois par des mouvements *volontaires*, mais *sans but*, que la malade réprimait aisément, et qui ne semblaient être dans ce moment que le résultat d'une habitude vicieuse. Il suffit d'un peu d'attention de la malade pour les dissiper tout à fait, et amener ainsi un état parfait de guérison.

« Cet excellent résultat fut obtenu par un mois et demi de traitement, et dans cette période de temps, les règles ont paru deux fois, toujours aux époques habituelles, et sans nuire à l'amélioration progressive qui avait lieu. Aujourd'hui cette jeune fille est en état de reprendre toutes ses habitudes, mais la prudence lui impose encore quelques précautions, et surtout celle de continuer, une fois par jour, l'usage du liniment auquel elle doit sa guérison, ce qui ne saurait être mis en doute, puisqu'il a toujours été employé tout seul. »

Nous ne terminerons pas ce mémoire sans faire quelques réflexions sur la commodité du traitement de la chorée par le liniment de Rosen, et cette considération n'est pas sans importance, quand il s'agit d'une maladie qui assaille surtout l'enfance, et quand on songe que parmi les moyens proposés par d'autres médecins, il en est qui sont désagréables, et plusieurs d'une application douloureuse (1). Les

(1) Ces réflexions, évidemment, ne sauraient s'appliquer aux bains de Balaruc, que conseillait Lamure, pas plus qu'aux

bains à 7° Réaumur ne sont-ils pas dans ce cas? Eh bien, pour mettre en pratique de semblables moyens, n'est-il pas souvent besoin d'employer les menaces, les menaces qui causent la peur, et la peur n'a-t-elle point été souvent la cause de la chorée? On se rappelle que sur les douze guérisons dont nous avons donné l'histoire, il y a deux enfants qui ont été atteints de la danse de Saint-Guy à la suite d'une frayeur; et puis, la colère, les contrariétés, les violences qu'excite toujours l'emploi des moyens qui ne plaisent point au malade, ne doivent-elles pas contrarier le traitement, entretenir la maladie et l'aggraver?

Je laisserai maintenent parler M. Chrestien, alors qu'il s'adresse à la Société dont il était un des membres correspondants. « Avec le liniment de Rosen, aucun de ces inconvénients n'existe, et c'est parce que je suis convaincu de la bonté de ma méthode, que pour la voir adopter par le corps savant auquel j'adresse ce mémoire (1), je présente, pour la troisième fois, un traitement que je sais bon et utile. N'est-ce pas un de ces cas où l'opiniâtreté est un mérite, je dirai même un devoir? Si j'avais été moins persévérant, si je m'étais laissé intimider, mes préparatoires d'or ne seraient-elles pas tombées dans l'oubli? Tandis que le résultat de recherches consciencieuses, faites en silence, et qui ont duré vingt-cinq ans avant que j'en fisse connaître l'objet, n'a point été perdu, et l'or est maintenant à juste titre considéré comme un puissant antisyphilitique. J'espère que, grâce à la ténacité de mon ami M. le docteur Legrand, qui a adopté mes principes pour l'administration des médicaments aurifères, il arrivera ce que fit pressentir Percy, quand, dans un rapport qu'il fit à leur sujet à l'Académie des Sciences, il ajoute, après avoir rendu compte des effets de l'or sur des scrofuleux : « *Et quel est le remède qui eût pu, en aussi peu de temps, opérer une révolution aussi favorable?* » il arrivera, dis-je, que l'or sera reconnu généralement comme un antiscrofuleux par excellence, etc. »

Je ne crois point avoir manqué à l'honorable mission qui m'a été confiée par feu mon vénérable ami, et j'ai poursuivi, et je poursuis son œuvre de tout cœur, car je suis animé des mêmes convictions que lui. Ainsi presque au moment où il écrivait ces dernières lignes, je publiais mon premier mémoire sur *l'emploi de l'or dans le traitement des scrofules des parties molles*, mémoire qui a mérité de l'Académie des Sciences un rapport aussi honorable pour moi qu'il est favorable à la méthode aurifère. Je ne tardai point ensuite à lire, devant la même compagnie, mon second mémoire, qui traite de *l'application de la méthode aurifère au traitement des scrofules des os*. Ce mémoire attend, pour être publié, le rapport de la commission à laquelle il a été renvoyé. Je ne bornai pas là mes efforts, et j'engageai mon ami M. le docteur Duhamel, que j'avais fini par rallier à mes opinions, et qui est devenu un partisan enthousiaste des préparations aurifères, à faire connaître les merveilleux résultats qu'il en avait obtenus dans sa pratique; c'est ce qu'il a fait dans un mémoire qu'il a publié en 1839 : *Considérations sur les maladies scrofuleuses et leur traitement par les préparations d'or*, et qu'il a bien voulu me dédier. Je n'en resterai pas là, car ma tâche est loin d'être accomplie, et la méthode aurifère, mal exposée dans la plupart des traités de matière médicale, et dans le plus grand nombre des livres où il peut et où il doit en être question, dépréciée par des médecins dont la voix fait autorité, est généralement mal étudiée, peu connue, et reste, entre les mains d'un petit nombre de praticiens attentifs et consciencieux, une arme précieuse qu'ils peuvent opposer presque toujours avec succès aux maladies qui sont considérées comme ayant leur siége principal dans le système lymphatique. Non, je n'en resterai pas là, et je continuerai l'œuvre de Chrestien, parce que j'ai la plus profonde conviction que je ne ferai en cela que servir les intérêts de la science et ceux de l'humanité.

(*Ibidem.*)

---

14. *Hypertrophie du cœur. — Épaississement et déformation des valvules. — Rétrécissement des orifices. — Quelques réflexions.* — Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

« Il est facile de se convaincre, disions-nous il y a quinze jours à peine qu'il n'est pas possible, comme le prétendent certains médecins, de reconnaître et de signaler d'une manière *exacte* le siége et la nature des lésions qui caractérisent les affections dites organiques du cœur. » Cette assertion que nous nous efforcions de prouver par la relation d'un assez grand nombre de diagnostics portés dans des cas relatifs à des maladies de cette nature, nous allons tâcher de la développer d'une manière plus étendue en ne nous bornant plus à une simple analyse, mais en entrant dans tous les détails de l'observation suivante, l'une des plus intéressantes et des plus complètes que l'on puisse rencontrer en ce genre.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Le nommé Lucien Baude, âgé de vingt-sept ans, tailleur, demeurant rue des deux Ecus, n° 14, né à Mamers (Sarthe), entré le 2 septembre, mort le 9 septembre.

D'une constitution de force moyenne, un peu délicat, d'un tempérament lymphatique, vacciné, non variolé, à Paris depuis cinq ans, bien portant dans son enfance. Vers l'âge de neuf ou dix ans, à la suite d'exercices gymnastiques violents, il fut pris d'un *rhumatisme articulaire aigu généra-*

---

bains sulfureux artificiels proposés pour la première fois par M. Baudelocque. Si ce dernier moyen, dont les avantages ont été constatés par MM. Baffos, Bouneau et Guersant (*Bull. de Thérap.*, t. V, p. 144-204), n'est point encore d'un emploi aussi commode que le liniment de Rosen, il ne saurait du moins être accusé d'être douloureux, c'est tout au plus si on peut dire qu'il est désagréable.

(1) Ce mémoire, publié en commun, a été en effet préalablement adressé à l'Académie de médecine au nom de M. Chrestien.

lisé, qui ne fut traité que par quelques sangsues et dura deux mois environ. Depuis cette époque, et presque chaque année, il vit reparaître ses douleurs rhumatismales, dont chaque attaque durait deux mois environ, et qui ne se seraient pourtant pas renouvelées depuis cinq ans. Pendant le cours de ses diverses affections rhumatismales, à une époque que le malade fait remonter à six ou sept ans au moins, il commença à éprouver des palpitations, de l'étouffement en montant ou marchant vite, symptômes qui allèrent en augmentant jusqu'à présent, mais ne commencèrent à gêner notablement le malade qu'il y a huit mois environ. Depuis lors aussi se déclara une toux assez forte avec expectoration abondante, et dans ces derniers temps une tuméfaction œdémateuse des membres inférieurs, du scrotum, et enfin de l'abdomen. Du reste, appétit assez bon, peu de céphalalgie, pas d'épistaxis.

Obligé de cesser ses occupations il y a trois mois, et même de garder le lit, il ne fit appeler qu'alors le docteur Tessereau, qui lui administra la digitale, lui pratiqua quelques saignées locales, fit placer un vésicatoire sur la région précordiale, et le mit à l'usage du sirop de pointes d'asperges. Les symptômes s'étant aggravés depuis deux mois, malgré le traitement ordonné, que du reste le malade interrompait pour reprendre son travail dès qu'il sentait la plus légère amélioration, son médecin l'engagea à entrer à l'hôpital, où il vient d'être mené en voiture.

Voici l'état qu'il présente au moment de la visite du soir : Le malade est assis sur son lit et ne peut conserver une autre position. Visage bouffi, pâle et jaunâtre. Les membres supérieurs ne sont pas œdematiés ; mais les pieds, les jambes, les cuisses, sont le siége d'un gonflement œdémateux considérable. La peau de ces parties est tendue, blafarde, et conserve longtemps l'impression du doigt, qui s'y enfonce profondément. Le scrotum et le pénis sont également infiltrés et gonflés.

Les lèvres sont un peu violacées, la langue est humide et nette ; soif assez vive ; appétit bon ; quelques nausées de temps en temps depuis quelques jours ; l'épigastre et le ventre à peu près indolents ; l'abdomen gonflé, assez volumineux, sans fluctuation notable, avec résonnance faible, mais non complétement mate, urines et selles normales.

Chaleur du tronc assez modérée, mais les extrémités sont froides. Le pouls à 88, peu développé, inégal ; palpitations assez fréquentes même dans l'état de repos, mais surtout pendant les mouvements. Pas de douleur précordiale. Voussure de la région précordiale de 4 degrés au cyrtomètre. Battements du cœur assez profonds, étendus, accompagnés par intervalle d'un peu de frémissement vibratoire. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal ; mais les battements s'étendent de ce point jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus du sein, et jusque dans le voisinage du sternum. La matité de la région du cœur est de 8 à 9 centimètres carrément.

Le double claquement valvulaire est remplacé par un double souffle assez rude, râpeux ; ce souffle est beaucoup plus prononcé au premier temps qu'au second, dont le bruit est presque entièrement effacé, et présente son maximum d'intensité dans le voisinage du creux inférieur du sternum. Dans les autres points, on distingue un bruit de choc sourd et mat qui se mêle au souffle du premier temps.

Pas de souffle notable dans les carotides. Ces artères, ainsi que les sous clavières, présentent des battements d'une force remarquable ; les jugulaires un peu distendues. Respiration assez calme dans la position assise. Un peu de toux sans expectoration. Résonnance généralement bonne, ainsi que la respiration, qui est accompagnée, à la partie inférieure de chaque côté, d'un râle muqueux et sous-crépitant à bulles nombreuses. Le sommeil est en général assez bon.

Le lendemain, 3 septembre, à la visite du matin, le malade se trouve dans le même état. Le pouls est à 80, petit, peu développé. Orthopnée ; même état du cœur, qui semble se débattre et se mouvoir avec peine dans le péricarde. Saignée, 3 pal. ; sol. sir. gom., 2 p. ; deux bouillons.

— Quel devait être le diagnostic dans un cas pareil ? Examinons successivement les divers phénomènes observés et leur valeur comme signes pouvant aider à reconnaître la nature et le siége des lésions qui existaient.

L'hypertrophie du cœur était de la dernière évidence. L'étendue de la matité de la région précordiale, matité qui occupait une étendue de huit à neuf centimètres dans tous les sens, la force de l'impulsion du cœur, l'étendue dans laquelle se faisaient sentir les battements de cet organe, ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard.

La force et l'étendue des battements artériels, la violence avec laquelle ils soulevaient le doigt appliqué sur le trajet des principales artères ou devenaient même visibles pendant le repos du malade, annonçaient également l'existence d'une hypertrophie des principaux troncs artériels.

Quant aux lésions qui occupaient chacune des parties du cœur spécialement, et aux désordres que l'on devait y reconnaître, essayons rapidement d'en donner une idée.

On ne s'attend pas que nous donnions ici la théorie des bruits du cœur à l'état normal. Nous rappellerons seulement, et pour mémoire, que la théorie admise par M. Bouillaud est celle-ci, à savoir, que les deux bruits ou claquements du cœur sont produits par le choc des lames des valvules les unes contre les autres ; le premier bruit étant formé par les feuillets des valvules articulo ventriculaires, tandis que le second, plus clair, moins profond, résulte du jeu de valvules artérielles, choc qui se produit lorsque pendant la systole et la diastole successive des ventricules et des oreillettes, le sang, chassé par l'ouverture opposée à celle qui lui a donné passage, tend également, mais en vain, à rétrograder, et relève brusquement les lames qui ferment ces orifices.

Une fois admis ce principe, que les expériences et l'observation clinique viennent chaque jour confirmer, analysons chacun des bruits qui ont été observés chez le malade dont nous traçons l'histoire.

Le premier bruit, qui consiste, à l'état normal, en un claquement plus ou moins sourd par rapport au

second, mais cependant bien distinct, était remplacé complétement par un souffle qui se faisait entendre dans toute l'étendue de la région précordiale. Ce souffle, rude, râpeux, avait son maximum d'intensité dans la région de l'orifice aortique, où il tendait, en finissant par devenir légèrement musical, et offrait une certaine analogie avec le ronflement grave d'une corde de basse sur laquelle on aurait légèrement pressé l'archet.

La production du souffle, au premier temps, remplaçant le claquement des valvules articulo-ventriculaires, ne peut dépendre que de deux causes.

(Il est bien entendue que nous ne parlons pas du souffle que l'on observe dans les affections anémiques, et qui accompagne plutôt qu'il ne remplace le premier bruit. Indépendamment des autres symptômes qui empêchent l'observateur, même le moins attentif, de confondre des maladies aussi différentes que le sont les affections chroniques du cœur et les affections chloro-anémiques, le souffle de la chlorose est doux et mœlleux, au lieu d'être rude et râpeux comme celui qui dépend d'une lésion organique.)

Le souffle du premier temps, dis-je, ne peut dépendre que de deux causes :

1° Ou il y a un épaississement, une induration, une déformation tels de la valvule articulo-ventriculaire gauche, que les deux feuillets ne peuvent plus se rapprocher pour fermer l'issue au sang pendant la diastole de l'oreillette et la systole du ventricule, et alors au lieu du choc des deux lames valvulaires, il se produit un souffle causé par le passage du sang à travers l'orifice incomplétement fermé ;

2° Ou il existe un rétrécissement de l'orifice aortique, les valvules sygmoïdes étant saines ou non, et dans ce cas la cause du souffle est le frottement du sang contre les parois d'un orifice trop étroit pour lui livrer passage d'une manière convenable, et la rudesse, le caractère râpeux de ce souffle tiennent à la rigidité, à l'induration des parties contre lesquelles s'exerce ce frottement.

Maintenant, comment pourra-t-on distinguer si c'est à la première ou à la seconde cause que doit être rapporté le souffle du premier temps? — Lorsque le souffle tient seulement à une lésion de l'orifice articulo-ventriculaire, et qu'il est produit par le reflux de sang à travers cet orifice pendant la systole ventriculaire, son maximum d'intensité se trouve dans la région de cet orifice, plutôt vers la pointe que vers la base du cœur; tandis que lorsqu'il dépend du rétrécissement de l'orifice aortique, son maximum d'intensité se fait entendre dans la région de l'orifice aortique, beaucoup plus près du sternum de la base du cœur, et diminue à mesure que l'on séloigne de la base pour porter l'oreille vers la pointe de cet organe. De plus, dans ce dernier cas, le pouls est ordinairement petit, peu développé, ce qui s'explique facilement par la gêne qu'éprouve le fluide sanguin en s'échappant de la cavité ventriculaire.

Il était donc *plus que probable*, d'après la nature et le siége des bruits observés chez notre malade, qu'il existait un rétrécissement de l'orifice aortique avec état cartilagineux des valvules sygmoïdes; cette lésion n'excluant nullement la possibilité d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec déformation de la valvule mitrale, car le souffle s'étendait aussi, bien que moins fort, dans la région de cet orifice, et avait remplacé tout à fait le claquement dont on n'aurait pas manqué de saisir quelques traces si la valvule eût été tout à fait saine ; et d'ailleurs, nous devons le dire, il est assez rare de rencontrer une lésion de l'orifice aortique, l'orifice auriculo ventriculaire restant complétement sain.

Quant au second bruit, produit à l'état normal par le choc des valvules sygmoïdes de l'aorte entre elles, il était tellement éffacé, tellement obscur, que l'oreille pouvait à peine saisir un léger souffle remplaçant le bruit valvulaire dont il était impossible de constater le moindre vestige. L'absence de ce bruit valvulaire prouvait, de la manière la plus formelle, que le jeu des valvules sygmoïdes était devenu impossible par suite de l'état fibro-cartilagineux dans lesquel elles se trouvaient.

L'existence de la lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire, rendue seulement probable par suite des caractères que nous avons indiqués, était beaucoup plus clairement démontrée par l'inégalité du pouls, les intermittences des battements du cœur qui, se remplissant incomplètement par suite du rétrécissement *mitral*, battait quelquefois presque à vide, et présentait de temps en temps ce phénomène que M. Bouillaud appelle si justement *un faux pas* du cœur.

Un dernier caractère dont nous n'avons point encore parlé, est le frémissement vibratoire qui se faisait sentir par intervalle dans la région précordiale. Ce frémissement vibratoire était ici de peu d'importance pour la détermination des orifices malades, puisqu'on le rencontre également dans les cas de rétrécissement de l'un ou de l'autre. Cependant, si l'on fait attention qu'il ne se faisait sentir que par intervalle, comme si le cœur, que l'on me passe cette expression, eût rassemblé ses forces pour communiquer au sang une plus violente impulsion ; de plus, que les incrustations calcaires auxquelles est ordinairement dû ce frémissement, sont plus communes à l'orifice mitral qu'à l'orifice aortique, on aura un élément de plus pour supposer que ce frémissement était produit par la lésion auriculo-ventriculaire plutôt que par le rétrécissement aortique.

Les battements du cœur, fit remarquer M. Bouillaud à sa première visite, semblaient gênés, difficiles, comme si cet organe se fût débattu avec peine dans le péricarde ; c'est un signe auquel cet habile observateur a souvent reconnu l'existence d'adhérences intimes du cœur avec le péricarde, adhérences qui limitent, embarrassent, gênent la liberté de ses mouvements.

Malgré le volume du cœur et la force de ses battements, la voussure de la région précordiale était peu considérable (4 millim. seulement au cyrtomètre). Ne serait-il pas possible que les adhérences fussent pour quelque chose dans le peu de développement de cette région, en bridant pour ainsi dire l'organe dont elles limitaient les mouvements.

La réunion de tous les phénomènes que nous ve-

nons de signaler, l'appréciation rapide de la valeur de chacun d'eux, firent porter à M. Bouillaud le diagnostic suivant :

Hypertrophie du cœur et des principales artères; induration, épaississement, déformation des valvules gauches avec rétrécissement des orifices. Soupçons d'adhérences du péricarde, le tout consécutif à une inflammation rhumatismale du cœur et des grosses artères. *Casus insanabilis.*

Le lendemain, 4 septembre, le malade se sentait un peu soulagé. Pouls à 72-76. intermittent, inégal, peu développé. Le cœur présente le même état que celui noté la veille. La respiration toujours accompagnée d'un peu de râle sibilant muqueux des deux côtés en arrière. Vésicat. rég. précordiale; le huitième.

Du 4 au 9 septembre, les symptômes d'étouffement allèrent en augmentant. Une imprudence que fit le malade, auquel on apporta des fruits dans la journée du 7, contribua encore à hâter sa fin, et il succomba le 9 septembre à huit heures du soir.

Autopsie cadavérique, 36 *heures après la mort.*

A l'ouverture du thorax, on est frappé de l'étendue dans laquelle le péricarde se trouve à découvert. Cette étendue est de 0m., 10 verticalement, et de 0m., 15 transversalement. Le péricarde renferme 40 à 50 grammes d'un liquide rougeâtre comme sanguinolent. L'ouverture de cette cavité, pratiquée par sa face antérieure, ne se fait qu'avec difficulté, par suite d'adhérences intimes et assez courtes qui unissent le péricarde au cœur. Ces adhérences, qui existent en avant et sur la face latérale gauche du cœur, sont telles, qu'il est nécessaire de disséquer avec soin pour mettre le cœur à nu. Dans le reste de son étendue, et principalement sur sa face ventriculaire droite, le cœur présente quelques plaques péricardiques blanchâtres épaisses, et qu'on ne détache qu'avec une certaine difficulté.

Le cœur est généralement hypertrophié; cette hypertrophie, qui est considérable, affecte spécialement le ventricule gauche et les oreillettes. Il ne renferme aucun caillot fibrineux organisé. Débarrassé des concrétions noirâtres et molles qu'il contenait, et lavé, le cœur pèse 493 grammes.

L'oreillette droite est dilatée, et pourrait contenir une assez grosse orange; elle est ferme, charnue. L'orifice articulo-ventriculaire offre une circonférence de 0m., 11 ; sa valvule, fortement épaissie, fibro-cartilagineuse, surtout vers son bord libre, adhère à la paroi ventriculaire par l'extrémité la plus voisine de l'artère pulmonaire. Ses tendons sont courts, épais ; les colonnes charnues assez robustes. Le ventricule droit est peu dilaté. Le maximum d'épaisseur de ses parois est de 0m., 01. Les valvules pulmonaires sont bien conformées. L'orifice pulmonaire a 0m.,08 de circonférence.

Rien de bien notable pour le calibre de l'aorte, non plus que pour sa face interne. Les valvules sygmoïdes, fortement épaissies, conservent encore un peu de transparence vers leur partie moyenne ; leur bord libre est transformé en un bourrelet cartilaginieux, dur, criant sous le scapel, sans ossification. Les trois valvules adhèrent ensemble par leurs bords, de manière à rétrécier la circonférence de cet orifice qui, en ayant égard à cette disposition, n'est que de 0m.,06

Le ventricule gauche est dilaté, et pourrait loger un gros œuf; mais il est partout remarquable, en ce sens que ses parois sont fortement épaissies. Le maximum de leur épaisseur est de 0m.,02. Les colonnes charnues de ce ventricule sont fortes, robustes, surtout les deux principales, auxquelles viennent s'attacher les tendons de la valvule mitrale. La valvule est épaissie, déformée; ses deux lames, soudées aux deux angles de l'orifice, forment une boutonnière de 0m.,015 dans son plus grand diamètre. Cette ouverture est entièrement circonscrite par un amas de matière crétacée, et formant une serie circulaire de concrétions ou de noyaux dont plusieurs ont l'épaisseur et le volume de gros pois; inégales d'ailleurs, très-dures, raboteuses, et remplaçant presque en totalité la valvule, devenue ainsi méconnaissable.

L'oreillette gauche est un peu dilatée, mais moins que la droite. Ses parois en sont assez fermes aussi, médiocrement épaisses.

Les deux poumons présentent un peu d'engouement à la partie postérieure ; quelques adhérences peu intimes avec la plèvre costale.

Le foie est fortement congestionné. La rate est normale.

—Est-il une seule des lésions annoncées et décrites au diagnostic, dont l'existence n'ait été démontrée de la manière la plus évidente par l'autopsie cadavérique? N'est-ce point ici le cas, ou jamais, de répéter cette expression qui, je le sais, amène sur bien des lèvres un sourire passablement ironique, que la médecine tend tous les jours de plus en plus à devenir une *science exacte*?

Ne mérite-t-elle pas de prendre rang parmi les sciences les plus positives, celle qui, conjecturale il y a quelques années à peine, à tel point que l'on eût presque pu appliquer aux médecins le mot célèbre d'un ancien orateur sur les augures de Rome, produit aujourd'hui, par des méthodes d'observation plus rigoureuses et plus perfectionnées, de si beaux résultats sous le rapport de la connaissance des maladies et de la découverte des lésions qui les constituent ?

Enfin, et pour dernière remarque, il est besoin de faire observer que chez ce malade nous trouvons encore une éclatante confirmation de la loi de coïncidence, établie par le professeur de la Charité, entre l'existence du rhumatisme articulaire aigu généralisé, et celle de l'endocardite.

(*Gazette des Hôpitaux*, *n*os 115 et 116.)

15. *Observations d'hystérie, d'affections cérébrales graves, d'hémoptysie et de névralgies régulièrement périodiques, lues à la Société de médecine de Paris;* par J. Mazarde, docteur en médecine de la Faculté de Paris, à Anduze (Gard.)

(Imprimées par décision de la Société.)

Depuis quelques années les fièvres intermittentes se sont montrées à mon observation beaucoup plus fréquentes qu'à l'ordinaire; en même temps régnaient plusieurs autres affections, et principalement des névroses et des névralgies qui participaient complètement au génie périodique et aux indications curatives de ces fièvres.

Mon intention n'est point d'indiquer les rapports nombreux qui ont lié entre elles des maladies dont l'expression symptomatique, la marche et la thérapeutique sont habituellement si différentes, ni de me livrer à l'appréciation des conditions météorologiques, au milieu desquelles s'est opéré un rapprochement aussi intime.

Le but seul que je me suis proposé dans ce travail, c'est de réunir quelques observations des maladies périodiques autres que les fièvres intermittentes. Parmi les exemples nombreux de ce genre que j'ai recueillis, je ne choisirai que ceux qui m'ont paru mériter le plus d'intérêt, et qui, caractérisés par une périodicité régulière, ont cédé exclusivement à l'emploi du sulfate de quinine.

Quelle que soit la manière d'interpréter la nature de ces faits, soit qu'on les considère comme des expressions multiples d'une affection identique, soit qu'on les regarde comme autant d'individualités qui n'auraient pour tout point de contact que le phénomène de l'intermittence; il ne saurait exister aucunes dissidences d'opinions sur le mode spécial de traitement qu'ils réclamaient.

Observation première. — *Emotion morale. — Symptômes hystériques. Le surlendemain, dyspnée, toux violente qui cessent au bout de quelques heures, et qui se reproduisent tous les jours aux mêmes heures. Emploi du sulfate de quinine. Guérison.*

Madame A..., âgée de quarante ans, douée d'un tempérament éminemment nerveux, n'étant plus menstruée depuis quelques années et sujette à de fréquents catarrhes pulmonaires, s'émut vivement, le 22 mars 1833, au matin, en voyant rentrer son mari la figure ensanglantée et les vêtements déchirés. Aussitôt elle fut saisie d'une grande agitation et d'un tremblement général; elle tint les propos les plus incohérents. Au bout de quelques heures, elle ressentit des crampes violentes dans les muscles des cuisses et des mollets; la plante des pieds fut le siége de douleurs tellement vives et déchirantes, qu'on les aurait prises pour les signes d'une véritable névralgie plantaire.

Après plusieurs heures d'une souffrance aussi aiguë, la région hypogastrique devint douloureuse; un sentiment de gonflement s'y manifesta; un corps volumineux paraissait s'y développer en partie et venir se fixer à l'épigastre, où des douleurs intenses éclatèrent accompagnées d'éructations fréquentes, d'envies continuelles de vomir et de gémissements incessants; en même temps, anxiété générale, pâleur de la face, altération de la physionomie; pouls petit et concentré; extrémités froides; tension sonore de l'abdomen; gonflement du cou, gêne considérable de la respiration; menace de suffocation. (Application de sangsues aux jambes; frictions avec des liniments calmants; fomentations émollientes sur le ventre.) Ces symptômes, après s'être reproduits un grand nombre de fois, séparés seulement par quelques instants de calme, ne se dissipèrent que dans la nuit.

Le lendemain madame A... n'était que fatiguée, et beaucoup plus impressionnable qu'à l'ordinaire.

Le 24 mars, après une nuit calme, elle éprouva, vers les cinq heures du matin, dans le larynx, la sensation d'un corps étranger, une espèce de constriction derrière la partie supérieure du sternum: la base de la poitrine paraissait resserrée, comprimée, la respiration était laborieuse; bientôt une toux sèche, violente et incessante, s'établit; alors la malade fut obligée de rester assise, de porter les bras en arrière pour faciliter la dilatation du thorax; l'inspiration était pénible, l'expiration lente et sifflante, la parole embarrassée et entrecoupée; la face injectée; les extrémités refroidies; une sueur abondante et glacée recouvrait la face, le cou et la poitrine; le pouls était petit et très-fréquent; mouvements tumultueux du cœur; abdomen tendu, sonore, mais indolent. Au bout de quelques heures la toux devint humide et donna lieu à l'expectoration d'un mucus peu abondant et teint de quelques filaments de sang. La poitrine percutée rendait un son clair et normal; l'auscultation ne faisait entendre qu'un léger râle sibilant et sec, tant que la toux restait sèche; et du râle muqueux, lorsqu'elle s'accompagnait d'expectoration. Vers les onze heures du matin, ces symptômes, d'une apparence si grave, commencèrent à disparaître. Quelques heures après, on n'observait plus de toux ni de dyspnée. De l'enrouement et le sentiment d'une grande lassitude étaient les seuls vestiges de ce qui était arrivé. (Sangsues à la base de la poitrine; synapismes aux jambes, looch calmant.)

Pendant les deux jours suivants et aux mêmes heures, des phénomènes morbides pareils se répétèrent; les intervalles qui en séparèrent le retour furent exempts de tout état pathologique. Le caractère périodique de la malade n'étant plus douteux, vingt grains de sulfate de quinine furent administrés; l'accès suivant manqua complétement. La même médication fut continuée pendant quatre jours à doses décroissantes. Depuis lors, madame A... n'a plus offert de signes d'une pareille affection.

Les symptômes qui se déclarèrent le premier jour furent sans contredit les résultats immédiats d'une émotion morale subite et violente: ils représentent d'une manière bien caractéristique ceux d'une attaque ordinaire d'hystérie; la constitution éminemment nerveuse de la malade la prédisposait à ce genre d'affection. Jusque-là, rien d'insolite; mais le surlendemain et les jours suivants apparurent de

nouveau troubles fonctionnels qui, probablement aussi de nature nerveuse, n'affectaient plus le même siége ; cependant il n'y avait, du côté des poumons ni de celui du cœur, aucunes lésions appréciables à l'auscultation ni à la percussion, et qui, avant ou après cette époque, aient donné quelque manifestation sensible de leur existence. Il nous paraît rationnel de ne voir dans cette observation qu'une névrose, d'abord bien précise dans son diagnostic, et plus tard, changeant seulement de siége, sans modifier sa nature intime. La mobilité n'est-elle pas un des caractères prédominants des affections nerveuses ? Au reste, quel que soit le titre nosologique de la maladie dont je viens de tracer l'histoire, ce qu'elle offrit de plus important pour le traitement, ce fut la marche régulièrement périodique à laquelle elle fut astreinte.

Deuxième observation. — *Septième mois de la grossesse. Frayeur, attaques violentes d'hystérie se reproduisant régulièrement tous les cinq jours. Emploi du sulfate de quinine. Guérison.*

Madame M..., âgée de vingt-huit-ans, d'un tempéramment nerveux et d'une grande sensibilité morale et physique, fut atteinte, il y a environ six ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une affection nerveuse qui parut provoquée par une cause morale, et qui était caractérisée par des crampes dans les muscles des jambes, par des mouvements convulsifs et par la sensation d'un corps qui, prenant son origine dans l'hypogastre, se dirigeait vers l'œsophage, et par des serrements de gosier et des menaces de suffocation. Ces symptômes se reproduisirent pendant cinq jours, principalement vers le soir. Depuis cette époque, madame M... n'avait éprouvé rien de pareil ; elle s'était mariée, et elle était devenue mère de deux enfants. Si ses deux premières grossesse avaient été exemptes de tout accident, il n'en fut pas de même de la troisième, qui fut presque continuellement troublée par des malaises, de l'inappétence, des vomissements et de la céphalalgie. Au commencement du septième mois de cette grossesse, elle s'effraya en voyant sa mère tomber en syncope ; aux symptômes qu'elle éprouvait déjà, se joignirent dès lors un état d'inquiétude, une impressionnabilité insolites pour le moindre motif, des douleurs et du brisement dans les membres, un grand abattement moral et physique. De tristes pressentiments assiégeaient sans cesse son esprit ; elle se sentit si faible et si pesante, qu'elle fut obligée de s'aliter.

Quelques jours après, le 5 mars 1837, au matin, elle ressent des crampes dans les bras et les jambes ; une céphalalgie violente, de la constriction dans le gosier, de la gène dans la respiration, de la tension à l'abdomen ; les mouvements du fœtus sont plus faiblement perçus ; l'utérus paraît plus lourd et se contracter ; la figure est animée, la soif vive, la langue rouge et sèche, le pouls petit et fréquent ; des soupirs et des bâillements réitérés amenèrent le terme de cet état de souffrance qui se prolongea jusqu'au soir. La malade, se croyant trop faible, répugne à la saignée. (Sangsues aux apophyses mastoïdes ; boissons émollientes.)

Le lendemain il n'existait qu'un léger mal de tête et une grande lassitude. Le surlendemain, état de calme qui persista jusqu'au 10 mars ; alors, vers les neuf heures du matin, il survint une céphalalgie intense, des douleurs vives et des crampes violentes dans les membres ; bientôt après se manifesta dans la région hypogastrique le sentiment d'une boule qui paraissait distendre le ventre, se porter vers le cou et s'y fixer. Dès ce moment la respiration devint excessivement gênée, la suffocation imminente ; des mouvements convulsifs répétés vinrent agiter les membres et le tronc ; le cœur palpitait avec force, la parole ne pouvait être articulée d'une manière distincte ; la face était fortement colorée. Cette crise dura près de huit heures. (Même traitement que la première fois.)

Le calme se rétablit de nouveau jusqu'au 15 mars au matin, époque à laquelle se renouvelèrent des symptômes pareils à ceux de l'accès précédent.

Le 20 mars, dès six heures du matin, apparurent les signes d'une attaque beaucoup plus intense que les précédentes. Douleur frontale violente ; refroidissement des extrémités ; tension du ventre ; sensation du globe hystérique ; serrement du gosier ; dyspnée considérable ; étouffements ; cris aigus ; renversement du tronc en arrière ; convulsions des membres suivies de raideur des membres pelviens, de contorsions des bras et de flexion des doigts ; agitation des muscles des paupières, des yeux, des lèvres, impossibilité de parler, d'avaler ; rapprochement tétanique des mâchoires ; face violacée ; battements énergiques des carotides ; gonflement du cou ; augmentation prodigieuse des forces musculaires. Le pouls me paraissait petit et excessivement fréquent ; cependant son rythme ne pouvait être exactement apprécié, à cause de l'état convulsif des muscles des avant-bras. Si les symptômes s'amendaient, ce n'était que pour quelques instants, ils reprenaient bientôt toute leur intensité ; ils présentèrent un grand nombre de fois les alternatives de suspension et de reproduction : une saignée copieuse fut pratiquée ; elle n'exerça aucune influence sur leur intensité, ni sur leur durée. L'accès ne se termina que dans la nuit, au milieu d'une transpiration abondante. Après sa cessation, il y eut émission d'une grande quantité d'urine claire et limpide. Au rapport de la malade, l'intelligence resta complétement intacte pendant tout le cours de cet accès ; en effet, elle se rappela toutes les circonstances qui l'avaient accompagné. Ce qui me paraît mériter d'être noté, c'est que, pendant le jour de l'accès et le jour suivant, les mouvements du fœtus cessaient de se faire sentir.

Le 24 mars, madame M... annonce qu'elle aura le lendemain un nouvel accès ; elle dit le reconnaître à la répétition d'un symptôme qu'elle avait éprouvé la veille de l'accès précédent, et qui consistait dans des mouvements convulsifs qui agitaient, de temps en temps, les globes oculaires et les paupières. « Mes yeux et mes paupières dansent, s'écriait-elle souvent ; demain j'aurai infailliblement une forte attaque. » Comme elle l'avait prévu, vers la fin de la nuit elle eut un paroxysme

aussi violent que le précédent, et qui dura jusqu'au lendemain matin ; après sa disparition, il resta une contraction, une flexion irréductible des doigts, des mains et des avant-bras, qui persistèrent pendant près de douze heures.

Observant une périodicité régulière dans le retour de ces attaques, et une absence complète de tous symptômes dans l'intervalle égal qu'elles laissaient entre elles, j'eus recours à l'emploi du sulfate de quinine. J'en fis prendre trente grains en trois jours, et vingt grains le jour qui devait précéder celui de l'accès. J'étais impatient de connaître le résultat de cette medication. Aussi, quels ne furent pas mon étonnement et ma joie lorsque le jour qui devait offrir la reproduction de ces symptômes graves qui, à chaque retour, acquéraient un plus haut degré d'intensité, ne vit paraître que des phénomènes morbides, à peine dignes de quelque attention, tel qu'un léger mouvement fébrile, de l'agitation, de la céphalalgie et principalement un état d'inquiétude et d'épouvante! Au bout de quelques heures, ces phénomènes, si peu saillants, se dissipèrent. Il est probable qu'ils ne devaient leur origine qu'à la crainte trop naturelle qu'inspirait à la malade l'attente d'une souffrance dont l'acuité était certes bien capable de porter la terreur dans la moral le plus énergique. En effet, je remarquai qu'immédiatement après l'époque habituelle de son retour, madame M... devint calme et contente. L'emploi du sulfate de quinine fut continué pendant cinq jours. Il ne se manifesta plus de nouveaux accidents.

A peu près à terme, quoiqu'elle pense que ce fut vingt jours avant, madame M... accoucha avec des souffrances ordinaires ; elle eut des pertes utérines abondantes ; l'enfant qu'elle mit au jour était chétif et ne vécut que onze jours.

Dans le mois de septembre suivant, elle fut atteinte d'une maladie dont les symptômes les plus saillants étaient : une céphalalgie et un mouvement fébrile intenses ; des douleurs vives à l'épigastre ; une soif prononcée ; de la rougeur et de la sécheresse à la langue ; des vomissements et de la tension abdominale ; symptômes qui se reproduisaient tous les quatre jours vers la fin de la nuit, et qui ne se dissipaient que vers les quatre à cinq heures du soir. Dans les jours intermédiaires, il y avait apyrexie complète. La crainte de voir reparaître les accidents graves de son ancienne maladie l'engagea à me consulter après le second accès : l'administration du sulfate de quinine fut suivie d'un prompt succès.

Cette observation nous offre le tableau de deux maladies, de nature bien distincte, dont l'apparition fut séparée par plusieurs mois d'intervalle, et qui n'eurent de commun que le phénomène de l'intermittence. Celle qui éclata la première m'a paru mériter une si grande attention que j'ai cru devoir entrer dans des détails peut-être trop minutieux ; elle fut caractérisée par les signes les plus évidents et en même temps les plus saillants de l'hystérie ; ce qui en augmenta sans doute la gravité, ce fut l'état de grossesse avancée, qu'elle vint compliquer, état sur lequel elle eut une influence bien manifeste, en servant d'obstacle au développement ultérieur du fœtus. La périodicité régulière à laquelle furent soumis ses accès constitue le phénomène le plus remarquable et fournit l'indication la plus précieuse pour le traitement. La maladie qui se déclara la dernière appartient bien évidemment à la classe des fièvres intermittentes ; si elle se montra avec des symptômes plus intenses et moins réguliers qu'à l'ordinaire, ne doit-on pas en rechercher la cause dans les craintes trop naturelles qu'avait la malade d'éprouver de nouvelles attaques d'hystérie.

Troisième observation.—*Symptômes cérébraux intenses, se reproduisant régulièrement tous les deux jours, épistaxis. — Traitement antiphlogistique. Nul amendement. Emploi du sulfate de quinine. Guérison.*

Mademoiselle A. J..., âgée de dix ans, et douée d'une forte constitution, fut prise, dans la matinée du 8 mai 1837, sans cause appréciable, de frisson, de céphalalgie sus-orbitaire violente, de nausées et de vomissements ; puis survinrent un mouvement fébrile intense, de la tendance au sommeil ; la face se colora, les conjonctives devinrent rouges ; les yeux supportèrent péniblement l'action de la lumière. Elle poussait des plaintes fréquentes ; elle portait sans cesse les mains vers le front, qui était le siége d'une vive douleur et d'une chaleur considérable ; les boissons qu'elle prenait, provoquaient le vomissement. Cependant la langue était nette et humide ; le ventre souple et seulement sensible à la pression dans la région hypogastrique. Il existait des envies fréquentes d'uriner. A trois heures de l'après-midi une épistaxis peu abondante eut lieu, et immédiatement après un amendement des plus notables se déclara. Le calme se rétablit totalement dans la soirée.

Le 9, la nuit a été paisible ; de tous les symptômes de la veille il ne reste qu'un léger mal de tête et de l'anorexie.

Le 10, à six heures du matin, apparaissent, de nouveau, des malaises, une céphalalgie intense, accompagnée d'envies de vomir et de vomissements ; bientôt une réaction générale violente s'opère ; le pouls est plein et fréquent, la peau chaude et sèche, le front brûlant, assoupissement profond qui ne cessait, de temps en temps, que pour faire place au délire ; cris aigus, pupilles contractées ; le moindre rayon de lumière produit une impression douloureuse sur la rétine, et provoque des gémissements ; les conjonctives sont injectées, la face animée, vultueuse, des mouvements convulsifs agitent fréquemment les lèvres, les muscles des joues, les paupières et les yeux. Fort souvent les yeux ne sont qu'à demi-recouverts par les paupières et dirigés en haut. L'abdomen n'est sensible et un peu saillant que vers l'hypogastre ; il existe des besoins d'uriner douloureux et souvent renouvelés ; l'excrétion de l'urine est pénible. Dans le courant de l'après-midi il survint des convulsions dans les membres thoraciques ; elles se reproduisirent à trois reprises différentes, et elles coïncidèrent avec celles de la face. Vers les quatre heures du soir, une épistaxis abondante vient terminer et paraît juger cet appareil grave de symptômes. La peau

n'offrit aucune trace de moiteur. (Sangsues nombreuses aux apophyse mastoïdes, cataplasmes chauds et sinapisés aux extrémités inférieures.)

La journée du 11 fut marquée par un état complet de calme. On aurait pu regarder la malade comme guérie; l'épistaxis abondante qu'elle avait eue la veille, et l'émission copieuse du sang, résultat de l'application des sangsues, étaient des raisons bien suffisantes pour justifier une telle espérance. Mais, le lendemain, à trois heures du matin, les accidents que nous avions observés pendant deux fois reparurent avec toute leur intensité, à l'exception seule de l'épistaxis; ils persistèrent plus longtemps, et ils ne se dissipèrent que vers le milieu de la nuit. Aucun phénomène critique n'en signala la terminaison.

La maladie offrait d'une manière bien précise un caractère intermittent. Il était à craindre que ses accès, vainement combattus par les émissions sanguines naturelles et artificielles, ne continuassent à s'aggraver, ou qu'une inflammation continue du cerveau ou de ses membranes ne s'établît. Dans cette occurrence, l'administration du sulfate de quinine ne me parut pas seulement indiquée, mais encore immédiatement nécessaire. Je prescrivis donc seize grains de ce sel en quatre doses. L'accès suivant manqua complétement. Une nouvelle et égale dose de ce médicament fut donnée; la guérison fut assurée.

Il n'est pas trop rare d'observer des intervalles plus ou moins de rémissions de symptômes dans le cours et surtout au début de la fièvre cérébrale; alors l'emploi du sulfate de quinine constitue une médication dont l'efficacité est confirmée par des faits assez nombreux. En faveur d'un tel traitement, qu'il me soit permis d'invoquer l'opinion importante et l'expérience de MM. Delens, Bourgeois, Nonat, Hourmann et Audouard. (Séance de la Société de médecine de Paris, dans la *Revue médicale*, août 1837.)

Cette observation ne renferme-t-elle pas les désordres fonctionnels qui caractérisent les fièvres cérébrales : tels que la céphalalgie, le délire, les nausées, les vomissements, les convulsions, etc.? Dans les premiers accès on aurait pu croire qu'il s'agissait d'une hémorrhagie nasale qui, dans son molimen, provoquait des symptômes cérébraux; c'eût été jusqu'alors un des exemples d'épistaxis intermittente; mais au troisième accès, cet épistaxis manquant, les mêmes symptômes se reproduisirent avec une égale intensité, et leur durée fut plus longue. Cette dernière circonstance ne doit-elle pas nous faire considérer cette hémorrhagie comme un mouvement simplement critique? Dans chaque accès il survenait quelque manifestation d'irritation du côté de la vessie; cet épiphénomène disparaissait en même temps que tous les autres accidents.

QUATRIÈME OBSERVATION.—*Symptômes cérébraux graves offrant tous les jours quelques heures de rémission. — Traitement antiphlogistique impuissant. Emploi du sulfate de quinine. Guérison.*

Le 22 mars 1838 au matin, je fus appelé à donner mes soins à un enfant de sept ans, d'une constitution grêle et d'un développement intellectuel très-avancé pour son âge. On me rapporte que, pendant quelques jours, il avait éprouvé des maux de tête fréquents, de l'anorexie, de la tristesse, de l'inquiétude, de l'inaptitude au mouvement; que la veille, dans la soirée, il était survenu de la fièvre, une douleur frontale intense, de la somnolence, et que, pendant la nuit, il y avait eu du délire et beaucoup d'agitation. Je constatai l'état suivant : céphalalgie sus-orbitaire violente, douleur à l'occiput; assoupissement profond qui, de temps en temps, alternait avec une agitation que caractérisaient des cris aigus, des gémissements, des mouvements brusques, désordonnés et le délire. La figure offrait tantôt une coloration très-animée et tantôt une pâleur extrême. L'impression de la plus faible lumière excitait à un très-haut degré la sensibilité des yeux. Les paupières étaient presque continuellement rapprochées, les pupilles resserrées; plusieurs fois les muscles des globes oculaires et ceux de la face se contractèrent convulsivement; il y avait de fréquents soubresauts dans les tendons; les mains étaient tremblantes, le pouls fréquent et plein, la peau chaude et sèche, la soif vive, la langue blanche, le ventre un peu tendu, sonore, mais indolent : l'ingestion des tisanes déterminait le plus souvent des nausées ou des vomissements. Constipation (douze sangsues aux apophyses mastoïdes, huit grains de calomel, cataplasmes sinapisés autour des pieds).

Ces symptômes, de nature grave, commencent à s'amender vers midi; à cinq heures du soir il ne restait plus qu'un peu de somnolence, une légère céphalalgie et un mouvement fébrile à peine sensible. Quelques heures après, cet état d'amélioration fut interrompu par le retour des mêmes phénomènes morbides qui l'avaient précédé. Ils persistèrent jusqu'au lendemain avec leur intensité première, et s'apaisèrent aux mêmes heures que la veille. Le traitement auquel j'attribuais le mieux du jour précédent fut de nouveau prescrit; il resta également impuissant.

Après la troisième manifestation de symptômes cérébraux aussi intenses, je profitai du temps de rémission qu'ils offraient dans la soirée pour administrer dix grains de sulfate de quinine en potion, et une dose égale en lavements. L'accès suivant se montra beaucoup moins intense; sa durée fut tellement abrégée que dès le lendemain matin, lorsque je revis ce jeune malade, il n'existait plus d'agitation ni de tendance au sommeil, ni de délire. Seulement il restait encore un peu de céphalalgie et de fièvre qui ne tarda pas à disparaître. Même dose de sulfate de quinine que la veille; dès lors, il ne survint plus de nouveaux accidents. Par surcroît de précautions, une troisième et dernière dose de sel de quinquina fut administrée.

On trouve la plus grande analogie entre les symptômes de cette observation et ceux de la précédente; cependant il existe une différence bien notable dans la marche qu'ils affectèrent dans l'un et l'autre cas. Dans le premier, une intermittence longue et franche s'établit entre les accès; dans le second, au contraire, quelques heures seulement en séparent le

retour, et même pendant ce court espace de temps le calme n'était pas complet.

Cinquième observation. — *Exercice prolongé. Hémoptysie intermittente. Type tierce. — Saignée. Nul effet. Emploi du sulfate de quinine. Guérison*

M. P..., instituteur, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, n'ayant jamais eu d'affection grave de poitrine, sujet aux épistaxis et ne comptant parmi ses parents aucun phthisique ni hémoptoïque, se livra le 5 juillet 1838 à un exercice violent et prolongé, par un temps chaud et humide; dans la nuit il éprouva du malaise, des douleurs vagues dans les membres, de l'agitation, de l'insomnie et de la gêne dans la respiration.

Le lendemain, vers les 10 heures du matin, il fut pris d'une vive céphalalgie, de refroidissement des extrémités et d'oppression, avec sentiment de chaleur, de tension et de pesanteur derrière le sternum; bientôt la peau s'échauffa; il y eut de violentes palpitations dans la région du cœur. Alors la dyspnée devint plus prononcée; elle s'accompagnait d'une grande anxiété et d'une sensation de bouillonnement dans la partie supérieure de la poitrine; une toux violente se déclara : elle fut suivie de l'expectoration de plusieurs gorgées d'un sang vermeil, écumeux et liquide. Trois fois cette expulsion abondante de sang se renouvela, séparée par des intervalles d'environ une heure, pendant lesquels persistait une petite toux avec crachats mêlés de sang. La face était animée; elle portait l'empreinte de la frayeur, le pouls était dur et fréquent. L'auscultation ne fournissait pour tous renseignements que du râle muqueux vers le sommet du thorax. Au bout de quelques heures, ces symptômes se dissipèrent rapidement pendant que la peau se recouvrait de sueur. (Saignée, boissons mucilagineuses.)

Le jour suivant, il n'existait point de signes d'irritation ni de congestion vers la poitrine; l'auscultation et la percussion ne donnaient aucun indice de lésions du côté des poumons, ni de celui du cœur et des gros vaisseaux artériels qui en partent.

Le 8 juillet, une scène de symptômes, complétement pareille à la précédente, se reproduisit aux mêmes heures. Comme il régnait, dans le lieu qu'habitait le malade, un grand nombre de fièvres intermittentes, je désirai m'assurer si l'hémoptysie dont il était atteint ne s'associait point avec le génie périodique de ces fièvres, et je n'eus point recours une nouvelle émission sanguine. Ma prévision se trouva réalisée; en effet, l'hémorrhagie pectorale se renouvela le 10, aux heures habituelles. Dès lors, je prescrivis, avec une entière confiance, trente grains de sulfate de quinine. Le jour qui correspondait au retour de la maladie ne fut signalé que par l'apparition d'un peu de gêne dans la respiration, d'une toux légère, sans expectoration sanglante, et de quelques phénomènes nerveux qui dérivaient évidemment d'une influence simplement morale; du sulfate de quinine fut encore employé à doses décroissantes pendant quelques jours. Depuis cette époque, M. P... n'a plus éprouvé de crachement de sang, et il jouit d'une excellente santé.

Les signes négatifs fournis par l'auscultation et la percussion, le privilége dont jouit M. P... de n'avoir pas dans sa famille de sujet atteint de phthisie ou d'hémoptysie, sa profession qui l'oblige à fatiguer si fréquemment l'organe pulmonaire, qui, depuis lors, aurait infailliblement aggravé toute altération préexistante de cet organe, et qui jusqu'à ce jour est resté sans influence manifeste, et enfin l'action curative du sulfate de quinine nous autorisent à penser que la maladie qui fait le sujet de cette observation ne se liait à aucune lésion organique des appareils de la respiration et de la circulation, et que, par conséquent, c'était une hémoptysie essentielle soumise au même type, et probablement aussi dépendante des mêmes causes que les fièvres intermittentes nombreuses qui régnaient en même temps.

Sixième observation. — *Névralgie sus-orbitaire régulièrement périodique. — Sulfate de quinine à haute dose. Guérison.*

Madame R..., âgée de 46 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament nerveux, ressentit, sans cause connue, dans la matinée du 25 mai 1838, au sourcil gauche, une douleur qui, d'abord peu vive, devint bientôt très-intense et ne s'apaisa que dans l'après-midi. Le lendemain, à la même heure, cette douleur revint beaucoup plus aiguë : elle ne se bornait plus au sourcil; elle s'étendait au front, à la tempe, à l'intérieur de l'orbite et à tout le côté correspondant de la face. Le sourcil était un peu tuméfié; les veines du front dilatées; les artères voisines battaient avec plus d'énergie. A ces symptômes locaux se joignaient : une céphalalgie intense, une anxiété précordiale, le refroidissement des extrémités, une violente agitation, un tremblement général, des cris et des pleurs; le pouls était petit et très-fréquent. En vain, je fis appliquer quinze sangsues près du sourcil, et j'eus recours à des friction réitérées avec l'extrait de belladone; le calme ne survint que vers le soir. Un accès aussi violent que le précédent se renouvela le jour suivant. Reconnaissant alors la périodicité la plus régulière dans la marche de cette névralalgie, je fais prendre dix-huit grains de sulfate de quinine en pilules; l'accès suivant fut moins intense et moins long. La dose de sulfate de quinine est réduite à dix grains; de nouveau les symptômes se montrent avec leur première acuité : je prescris vingt-quatre grains du même sel; sans m'en prévenir, la malade, redoutant le retour des vives souffrances qu'elle ne croyait plus avoir la force de supporter, en prend deux fois autant. Dès lors, plus de récidive.

Ce que cette observation me paraît offrir de plus remarquable, c'est la dose élevée de sulfate de quinine qui fut prise dans un très-court espace de temps avec la plus complète innocuité. En effet, à l'exception de quelques légers vertiges, il n'y eut aucun signe d'excitation soit locale, soit général. Peut-être une telle quantité du remède était-elle nécessaire pour arrêter des accès névralgiques aussi violents : c'est ce que l'expérience paraît m'avoir démontré dans des cas analogues que je vais signaler.

Septième observation. — *Céphalalgie fréquente que terminaient des épistaxis. Absence de cette hémorrhagie critique. Névralgie sus-orbitaire régulièrement périodique avec mouvement fébrile. — Saignée. Cessation du mouvement fébrile. Persistance de la névralgie. Sulfate de quinine. Guérison.*

Quelques jours après l'observation précédente, je donnai des soins à un jeune homme de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin et sujet à une céphalalgie sus-orbitaire que des épistaxis abondantes venaient ordinairement terminer. Il y avait près d'un an que ces hémorrhagies, vraiment critiques, n'avaient pas eu lieu. Aussi, les maux de tête se reproduisaient-ils avec plus de fréquence et en même temps avec plus d'intensité. Depuis quatre jour, le jeune homme ressentait avec une périodicité constante, tous les matins, vers les sept heures, une douleur très-aiguë qui, naissant au niveau du trou sus-orbitaire droit, se répandait bientôt avec la rapidité de l'éclair au sourcil, au front, à l'œil et à tout le côté correspondant du crâne et de la face. Cette douleur était caractérisée par un sentiment de déchirement et de chaleur brûlante; en même temps existait une céphalalgie violente, une coloration vive de la face, une injection prononcée des conjonctives, et une sensibilité extrême de la rétine à l'action de la lumière. Le pouls était fréquent et plein; la peau chaude. Les élancements douloureux du front se renouvelaient avec une telle fréquence et une telle acuité, qu'ils arrachaient au malade des cris continuels, et le jetaient dans le désespoir et parfois dans le délire. Au bout de quelques heures, cet état de souffrance intolérable s'apaisait brusquement.

L'indication thérapeutique qui me parut être la plus rationnelle et la plus urgente, fut de suppléer, par une saignée générale, à l'absence du bénéfice habituel des épistaxis. Cette émission sanguine ne produisit, sur cette névralgie, d'autre effet que celui de modérer le mouvement fébrile qui l'accompagnait. Après deux nouveaux accès, l'administration de trente grains de sulfate de quinine dans l'espace de quinze heures amena une guérison aussi prompte que complète.

Huitième observation. — *Névralgie sous orbitaire régulièrement périodique. — Sulfate de quinine. Guérison. — Récidive. — Même traitement. Même résultat.*

Dans le mois de juin 1838, je fus appelé auprès d'un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution délicate et nerveuse, et qui, à l'âge de neuf ans, étant tombé sur la tête du haut d'un rocher, eut la peau du crâne et du front ouverte, et largement décollée en plusieurs endroits. Depuis cet accident il se plaignait fort souvent de céphalalgie.

Il y avait six jours qu'il éprouvait régulièrement tous les matins, à la pointe du jour, dans la région sus-orbitaire gauche, des élancements douloureux très-aigus qui éclataient tout à coup et qui ne tardaient pas à se faire sentir au front, à la tempe et surtout à l'œil correspondant, qui devenait rouge et larmoyant. Après trois heures de durée, ces douleurs, parvenues à leur summum d'intensité, disparaissaient subitement, et ne laissaient d'autre trace de leur existence qu'un sentiment d'engourdissement et de pesanteur dans le sourcil qui en avait été le foyer principal. Trente grains de sulfate de quinine suspendirent le retour de ces accès.

L'année dernière, à peu près à pareille époque que la première fois, cette affection névralgique se reproduisit avec une identité remarquable de symptômes, de siége et de type. L'emploi d'une dose égale de sulfate de quinine fut suivi du même succès.

Neuvième observation. — *Névralgie sus-orbitaire succédant à une fièvre intermittente tierce, et en conservant le type et les troubles fonctionnels. — Emploi du sulfate de quinine. Guérison.*

Une veuve B..., âgée de cinquante-trois ans, très-maigre et d'un tempérament nerveux, était guérie depuis quinze jours d'une fièvre intermittente tierce qui avait céde à l'emploi du sulfate de quinine, lorsque, sans cause connue, elle fut prise, dans la matinée du 5 septembre 1839, de malaise, de lassitude et de frisson; une demi-heure après et en même temps qu'une réaction fébrile s'opérait, elle ressentit au sourcil droit une douleur des plus intenses que caractérisaient des élancements rapides et instantanés, et qui envahissait bientôt le front, la tempe, l'intérieur de l'oreille, le globe oculaire et la joue du côté correspondant. Il y avait sécrétion abondante de larmes âcres, rapprochement des paupières, contractions fréquentes des muscles du côté droit de la face; la malade était en proie à une agitation extrême; elle poussait des cris aigus, elle délirait souvent et elle se roulait sans cesse dans son lit. Au bout de quelques heures, la peau se couvrit de sueur. Alors la fièvre et les douleurs névralgiques s'apaisèrent et disparurent. Le soir et le lendemain, le calme le plus complet existait. Mais, le surlendemain, aux mêmes heures, la même scène de symptômes se reproduisit. Je prescrivis trente grains de sulfate de quinine; la malade ne prit que la moitié de cette dose : un autre accès, pareil aux précédents, survint. Administration de trente grains de sulfate de quinine; l'accès suivant fut d'une intensité et d'une durée moindres; et, chose digne de remarque, il n'offrit pour tous phénomènes que ceux d'une névralgie sus-orbitaire ordinaire. La même dose de sulfate de quinine fut répétée. La maladie ne reparut plus.

Cette névralgie nous présente la plus grande affinité avec la fièvre intermittente à laquelle elle succédait; elle en conservait le type : un véritable stade de froid en annonçait le retour; elle n'éclatait qu'au moment qu'une réaction générale s'établissait, et sa cessation coïncidait avec l'apparition de la sueur.

Dixième observation. — *Névralgie sciatique succédant à une fièvre intermittente tierce, et n'en conservant que le type. — Emploi du sulfate de quinine. Guérison.*

Une femme de la campagne, B..., âgée de cin-

quante ans, avait eu plusieurs accès d'une fièvre intermittente tierce dont le sulfate de quinine avait triomphé. Huit jours après sa guérison, elle s'exposa pendant toute une journée à l'impression d'un air humide. Le lendemain, 14 juin 1837, vers les six heures du soir, elle éprouva, sans symptômes précurseurs, à la partie postérieure de la cuisse gauche, une douleur excessivement violente, accompagnée d'elancements et d'un sentiment de déchirement. Cette douleur prenait son origine vers l'échancrure ischiatique, occupait le trajet du nerf sciatique et se propageait à la partie externe de la jambe, et jusqu'à la plante du pied et aux orteils. Pendant la nuit, agitation extrême, insomnie, céphalalgie, crampes et tremblements dans le membre affecté; gémissements continuels; impossibilité de rester quelques instants dans la même position. Vers le matin, ces souffrances se calmèrent progressivement et sans que la peau offrît aucune trace de moiteur. Elles se répétèrent, avec la même intensité et aux mêmes heures, le 16 et le 18; inutilement j'avais eu recours à la saignée et à des applications de sangsues; vingt grains de sulfate de quinine prévinrent l'accès suivant. La guérison fut définitive.

Cette névralgie était soumise au même type et se reproduisait aux mêmes heures que la pyrexie qui l'avait précédée. Mais on n'observait pas ici, comme dans le cas précédent, ces troubles fonctionnels qui caractérisent un véritable accès de fièvre intermittente.

(*Revue médicale*, août.)

---

16. *Observation d'hystérie cataleptique ;* par F. Dassit, D.-M., à Consoleus (Charente.)

Comme la science est loin d'être fixée sur la nature des affections nerveuses, comme ce que nous savons se résume dans l'appréciation plus ou moins exacte des faits, nous croyons que tout fait nouveau, sortant des cadres nosologiques ordinaires, doit être consigné. Ce n'est que par l'observation que la médecine est parvenue à se tracer des règles fixes; aussi pouvons-nous hautement proclamer que c'est le seul mode possible pour arriver à une solution satisfaisante sur la nature et l'essence de la grande classe des affections nerveuses. Jusqu'à présent, les recherches anatomiques ont peu servi cette partie de la science : la nature de ces affections est aussi obscure que lorsque les opinions alchimistes prédominaient en médecine. La nouvelle ère d'expérimentation, qui semble promettre tant de succès à l'étiologie, n'arrivera pas à des résultats plus avantageux que l'anatomie pathologique. Ce n'est pas à l'aide du microscope que l'on parviendra à assigner une cause exacte et précise aux affections nerveuses; ce n'est pas par la chimie que nous découvrirons ce que la nature se plaît chaque jour à nous cacher. Dans les sciences exactes, il faut procéder d'une manière plus logique et plus rationnelle; il faut interpréter cette base de toute bonne médication, l'observation.

Il y a quelque temps, nous publiâmes une observation d'hystérie hydrophobique, pour montrer et corroborer cette opinion déjà acquise à la science que les affections si bizarres de la femme ont souvent pour point de départ, pour point central l'utérus. La personne qui fait le sujet de cette observation est une proche parente de celle atteinte d'hystérie hydrophobique. Ne pourrait-on pas trouver dans cette circonstance l'influence de l'hérédité et de l'idiosyncrasie. Je sais que des médecins, influencés par les idées physiologiques, regrettent ces réflexions ! Qu'ils jettent un regard en arrière, qu'ils compulsent les fastes de la science, qu'ils méditent les ouvrages d'Hippocrate, de Cullen, de Baglivi, de Stoll, de Sydenham, qu'ils suivent pas à pas la marche des maladies, et ils verront qu'en voulant s'affranchir de l'ancienne observation, ils ont peu servi la science.

Mlle Estelle Jun..., d'un tempérament nervoso-lymphatique, peu impressionnable et d'une très-grande nonchalance, fait remonter le commencement de sa maladie à l'âge de seize ans; à cette époque, effrayée par un violent incendie et obligée de se lever par une des nuits les plus froides du mois de janvier, elle ressentit, peu de temps après, une douleur très-vive au côté gauche, avec gêne dans la respiration; divers médicaments, sans doute appropriés à son état, amendèrent ce point pleurétique, mais la douleur n'en persista pas moins, et augmentait surtout à chaque époque menstruelle. La menstruation devint difficile; enfin il y eut aménorrhée pendant plusieurs mois. Dans cet intervalle, elle était sous l'influence d'attaques hystériques plus ou moins violentes. Comme il arrive presque toujours dans ces circonstances, l'écoulement sanguin était remplacé par un écoulement leucorrhoïque, qui, à lui seul, suppléait l'excrétion menstruelle. Cette demoiselle est âgée de trente-deux ans, et sa santé a toujours été chancelante; le moindre écart de régime, la moindre imprudence dans la manière de vivre, suffisait pour augmenter la dyspnée et le point pleurétique.

Sans cause appréciable, au mois de juin 1839, étant à la campagne, elle fut prise subitement d'une attaque d'hystérie plus forte que celles qu'elle éprouvait quelquefois, et suivie d'une tendance tellement grande au sommeil, que, se trouvant avec des personnes du monde et tâchant de vaincre cette propension, elle fut obligée, malgré elle, de dormir. La fatigue expliqua seule et naturellement la forme bizarre de ce premier accès. Le lendemain, à la même heure, les mêmes phénomènes se représentèrent avec les mêmes circonstances que la veille. Divers médecins furent consultés et crurent qu'il fallait rapporter à la dysménorrhée dont cette demoiselle était atteinte, tous les symptômes qu'ils observaient. Aussi crurent-ils que des applications de sangsues en petit nombre et réitérées, que des bains entiers gélatineux, neutraliseraient ces effets; ils firent prendre encore intérieurement la poudre ferrugineuse du docteur Quesneville. Leur attente ne fut point trompée; sous l'influence de ce traitement, il y eut diminution, mais non pas cessation des accidents; l'état de somnolence qui, dans le principe, se prolongeait plusieurs heures, ne fut plus que d'une heure. Cette amélioration permit à

la malade de venir dans sa famille, et ce n'est que quelque temps après que je la vis pour la première fois.

Ce fut au mois d'août de la même année que je commençai à lui donner des soins; chaque jour, à trois heures du soir, elle éprouvait des lassitudes dans les jambes, le globe utérin semblait se gonfler, et elle sentait, selon son expression, quelque chose qui lui serrait la gorge; la syncope avait lieu immédiatement, quel que fut l'endroit où elle se trouvât. C'est ainsi que plusieurs fois elle a été prise de ces accès, soit au milieu d'un jardin, soit dans le cours d'une promenade que quelques personnes l'avaient engagée de faire. Quoi qu'on fît, quels que fussent les excitants qu'on lui fit respirer, la crise durait trois ou quatre heures.

Après avoir interrogé chaque organe en particulier et examiné le côté gauche de la poitrine dont le son présentait un peu d'obscurité, nous n'avons trouvé aucune lésion organique à laquelle nous puissions rapporter l'ensemble des symptômes que nous observions. En adressant la parole à cette demoiselle, elle répondait exactement à toutes les questions, et nous disait que, pendant l'accès, elle éprouvait une lassitude indéfinissable, qu'au commencement elle entendait les personnes qui étaient auprès d'elle, et qu'ensuite elle n'avait aucune connaissance de ce qui lui arrivait. Pour nous rendre compte de l'ensemble de ces symptômes, il fallait ranger cette maladie dans cette grande classe d'affections qui échappent à toutes les divisions de la nosologie et pour lesquelles les recherches anatomiques sont un chiffre mort, les maladies nerveuses, en un mot, contre lesquelles sont venues se briser toutes les spéculation, médicales. Pour combattre cette maladie, il fallait nous adresser à la classe des médicaments antispasmodiques; cependant, avant de les administrer, nous crûmes utile, comme il y avait périodicité dans les accès et que nous étions sous l'influence d'une constitution médicale où toutes les maladies tendaient à l'intermittence, de donner des lavements avec le sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes. Cette première médication fut sans résultat; les accès, loin de diminuer, devinrent plus longs. Le sirop de valériane avec la tisane de valériane furent sans effet.

Comme nous avions toujours l'attention portée vers la dysménorrhée, et que l'époque menstruelle était celle où les crises étaient les plus violentes, nous crûmes qu'il fallait appliquer quelques sangsues à la vulve, et que, par cette évacuation supplémentaire, nous pourrions agir sur la maladie. Nos attentes furent vaines, et il en fut de même cette fois des bains gélatineux, des préparations ferrugineuses, etc. Les accès qui, dans le principe, n'étaient que de trois heures et une fois chaque jour, devinrent plus longs et plus fréquents.

Désespéré du peu de résultat que nous avions obtenu, nous voulûmes tenter les bols d'assa-fœtida. La répugnance de la malade nous le fit administrer en lavement; nous y joignîmes une potion composée avec le musc et la teinture de castoréum. Le seul effet que nous eûmes fut de faire cesser les crises pendant quelques jours, puis, les jours suivants, elles devinrent plus fortes; enfin il n'y avait pas continuité comme dans le principe. Pendant l'accès on appliquait inutilement les excitants; les synapismes promenés sur les extrémités supérieures et inférieures étaient sans action; la rubéfaction apparaissait sans que la malade accusât la moindre douleur; si elle n'avait eu quelques convulsions nerveuses, les personnes qui l'avoisinaient auraient pu penser qu'elle était morte.

Ses souffrances et ses accès de huit mois n'étaient pas sans influencer l'ensemble de l'économie; il y avait faiblesse générale et anorexie; les aliments féculents que la malade pouvait prendre la fatiguaient beaucoup; la dysménorrhée persistait, et le point pleurétique dont elle s'était plaint dans le principe, était plus douloureux. Après avoir employé les antispasmodiques les plus énergiques et les médicaments les plus rationnels, nous songeâmes à agir empiriquement; tourmenté par la malade, nous lui administrâmes les eaux de Vichy. Comme nous étions au mois de mai, nous crûmes que la crise qui s'opérerait par la sécrétion intestinale pourrait être utile et que les digestions seraient plus faciles; en effet, sous l'influence de ce traitement, la maladie, qui avait résisté à toute espèce de médication, disparut. Voilà dix-huit mois que cette demoiselle n'a éprouvé aucun accès; la menstruation est devenue plus abondante. C'est à cela, sans doute, que nous devons cette amélioration.

En analysant et comparant les différentes phases de cette maladie, nous voyons que le point de départ réside dans l'utérus. Dans le principe, la menstruation devient difficile, et sous l'influence de la diminution du flux mentruel, il apparaît des accès d'hystérie. Quoique la nature de l'hystérie ne soit pas localisée dans un organe, elle est trop souvent corrélative et solidaire de la dysménorrhée et de l'aménorrhée, pour qu'on soit en droit de formuler que la matrice est le siége de prédilection de l'hystérie, et que c'est là qu'il faut rapporter quelquefois les symptômes si bizarres de cette maladie. Sil nous en fallait une preuve plus décisive, ne la trouverions-nous pas dans le globe utérin, dont se plaignent si fortement les femmes. Ainsi dans l'observation que nous relatons, ne rencontrons-nous pas tous les signes pathognomoniques de l'hystérie?

Et d'abord, nous voyons une forte impression physique agir sur le moral, et on sait l'influence du physique sur le moral, pour déterminer des maladies nerveuses, puisque les auteurs ont rapporté des observations d'individus devenus aliénés à la suite d'une forte sensation, tels que la prise d'une ville, un violent incendie, comme en citent des exemples Morgagni, Cabanis, Portal, etc., etc. A cela seul nous devons rapporter la première période de cette maladie.

Pendant dix à douze ans cette demoiselle est sous l'influence d'accès hystériques ordinaires, quant à leur forme, sans cause appréciable; elle présente, au bout de ce temps, les caractères propres de la catalepsie, c'est-à-dire que les accès sont plus longs que dans les accès d'hystérie, la malade tombe en syncope, les révulsifs les plus énergiques sont sans résultat. Les personnes qui donnent des soins à cette malade croiraient qu'elle est morte, si on ne sentait

pas les contractions du cœur; en un mot, on ne peut méconnaître les signes pathognomoniques de la catalepsie. Pour nous, qui n'avions vu qu'une seule fois dans le cours de notre pratique un cataleptique, ne nous en rapportant pas à nos souvenirs, nous dûmes consulter la description des auteurs, et nous les trouvâmes identiques à ce que nous observions; il ne dut pas nous rester de doute sur la forme de cette maladie.

Comme nous avions toujours présentes à l'esprit les formes variées de l'hystérie, il nous parut plus logique de ne pas considérer cette catalepsie comme une maladie simple et dégagée de toute espèce de complication, mais bien comme une variété de l'hystérie, se masquant sous les caractères de la catalepsie. Dans la catalepsie les malades n'ont pas conscience de l'attaque qui les menace, l'accès est instantané, tandis que dans cette observation cette demoiselle prévoyait les accès. Les auteurs qui se sont occupés des maladies des femmes ont bien dit que dans une forme particulière d'hystérie, il y a perte de connaissance et même raideur cataleptique; mais les excitants, les rubéfiants, réveillent les sensations et retirent les malades de l'état de torpeur dans laquelle ils peuvent être plongés, tandis que dans cette circonstance les rubéfiants étaient de nul effet.

Nous voyons ici une affection qui, empruntant à la catalepsie ses formes et à l'hystérie sa nature, doit être rapportée à la cause qui la produit. C'est d'après cela que nous avons été conduit à désigner cette maladie sous le nom d'hystérie cataleptique.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, août.)

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

17. *Du mécanisme de l'accouchement naturel.* — Hôpital dit de l'école. — M. P. Dubois.

(Suite.)

Position mento-iliaque gauche. La tête est étendue, le menton se trouve placé derrière la cavité cotyloïde gauche, le front répond à la symphyse sacro-iliaque droite (le front et la face sont à peu près sur le même plan); la joue gauche est dirigée en avant et à droite, la joue droite en arrière et à gauche. C'est le diamètre mento-frontal qui se présente. On trouve en arrière le front, tumeur ronde, dure, solide, qu'on pourrait, de prime-abord, prendre pour le sommet; mais en ramenant le doigt en avant ou rencontre le nez et surtout les narrines et le menton qui rendront le diagnostic de la portion plus facile. La joue située en avant est un peu moins élévée que celle du côté opposé. L'on a vu la même chose exister dans les présentations de sommet pour les bosses pariétales. Les rapports des autres parties se devinent aisément.

Après la rupture du bassin, la face se rapproche du centre du bassin, le front s'en écarte un peu; ces deux conditions sont la conséquence d'un mouvement qui augmente l'extension de la tête; bientôt celle-ci s'engage et se redresse, c'est-à-dire que l'inclinaison latérale qu'elle présentait disparaît. Arrivée dans l'excavation du bassin, elle se fléchit légèrement, puis elle subit un mouvement de rotation qui doit ramener le mention sous l'une des branches ischio-pubiennes; alors le front et le sommet sont appuyés sur le plancher du bassin, la face répond à la vulve. A ce moment, le mouvement de flexion dont il a eté question tout à l'heure devient plus considérable, et le menton se dégage, puis le reste de la face, le front, et enfin l'occiput, qui se dégage le dernier. Une fois la tête sortie, il s'opère un petit mouvement de restitution, comme dans les présentations du sommet.

Position mento-iliaque droite postérieure. Le menton répond à la symphyse sacro-iliaque droite, le front à la cavité cotyloïde gauche, la joue droite à droite et en avant, celle du côté opposé à gauche et en arrière; la partie postérieure du fœtus regarde en avant et à gauche; la partie antérieure en arrière et à droite, le côté droit et avant et à droite, le côté gauche en arrière et à gauche. C'est surtout dans cette position qu'il est aisé de se méprendre, et de croire à une présentation du sommet. Mais les irrégularités de la face servent encore à éviter cette méprise.

Le mécanisme ici est le même que dans la position précédente, le mouvement de rotation est beaucoup plus, étendu puisqu'il faut que le menton qui se trouve à droite et en arrière soit ramené derrière la symphyse des pubis. Ainsi les moyens que la nature emploie ici sont parfaitement analogues à ceux qui amènent la terminaison des accouchements dans les présentations du sommet; seulement, comme dans ces dernières, la tête est fléchie quand elle s'engage, les contractions doivent la dégager par un mouvement d'extension; dans les positions de la face, au contraire, la tête étant étendue, les contractions utérines ne peuvent la dégager que par un mouvement de flexion.

L'on retrouve ici les mêmes anomalies que dans les présentations du sommet. Si le mouvement de flexion n'a pas eu lieu, la tête se présente alors dans son plus grand diamètre occipito-mentonnier, ce qui amène de sérieuses complications; tandis que pour les présentations du sommet cette déflexion tend à offrir au passage un petit diamètre de la tête. Dans cette position mento-postérieure, si la tête n'exécute pas son mouvement de rotation, l'accouchement devient très-difficile, et ces difficultés sont presque insurmontables dans le cas même où l'art intervient; car il faudrait que la tête fût dans un état d'extension qui dépasserait les limites naturelles. Cependant, dans de semblables circonstances, l'accouchement est quelquefois possible par les

seules ressources de la nature. En effet, il arrive dans certains cas que la tête se fléchit à la vulve, et que le menton se trouve ainsi remplacé par l'occiput.

Il y a une grande divergence d'opinions sur les moyens à employer dans les présentations de la face; les uns disent que dans ces présentations l'accouchement est naturel; les autres, qu'il nécessite toujours l'intervention de l'art. L'une et l'autre de ces opinions est fondée, et cette divergence s'explique. Dans beaucoup de cas, en effet, la terminaison de l'accouchement est heureuse et pour la mère, et pour l'enfant; dans certaines circonstances, au contraire, elle présente des difficultés que l'on ne rencontre point dans les présentations du sommet; aussi ces dernières sont-elles plus désirables. Mais cette question sera traitée plus au long quand il s'agira des soins qu'il faut donner à la femme pendant le travail de l'accouchement.

Il résulte des difficultés qui surgissent dans ces présentations, que dans ces conditions l'accouchement n'est pas souvent favorable pour la mère, à cause de la longueur du travail, ni pour l'enfant; d'abord pour le même motif, puis parce que l'on pense généralement qu'il survient, dans ce cas, chez l'un, une apoplexie par suite de la compression exercée sur la partie antérieure du col, soit par l'orifice utérin, soit par les différentes parties du bassin avec lesquelles la région cervicale antérieure se trouve en rapport. C'est de cette façon que, dans ce cas, l'on a expliqué la mort du fœtus. D'autres ont dit que la mort, ici, dépendait de l'extrême distension de la moelle épinière; mais cette dernière opinion ne paraît pas fondée, à cause de l'extensibilité dont jouit cette partie.

Bref, qu'il suffise de dire que la vie du fœtus est plus compromise dans ces positions que dans celle du sommet.

Présentations de l'extrémité pelvienne.

Ces présentations sont beaucoup plus communes que celles de la face, et si M. Dubois s'est occupé de ces dernières auparavant, c'est à cause de l'analogie qu'elles offrent avec les présentations du sommet. Par présentation de l'extrémité pelvienne, l'on entend cette partie composée des fesses et des membres inférieurs qui sont ordinairement appliqués sur elles. Le dégagement des pieds, des genoux ou des fesses seules, est une circonstance sans importance aucune, un simple mode dont se sert la nature; pour former une position, il faut une partie plus large que ne le sont isolément les pieds, les genoux et les cuisses.

L'on distingue, pour les présentations de l'extrémité pelvienne, deux positions: l'une, sacro-iliaque gauche, et l'autre, sacro-iliaque droite. Dans ces deux positions, le sacrum peut se trouver en rapport avec toute la circonférence du bassin. Quand le sacrum occupe le côté gauche, il est dirigé en avant; quand c'est le côté droit, il est dirigé en arrière.

Position sacro-iliaque gauche antérieure. Le sacrum est placé derrière la cavité cotyloïde droite; les pieds et la partie antérieure des jambes sont en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite. La hanche gauche est en avant et à droite; la hanche droite, en arrière et à gauche; la tête est au fond de l'utérus. L'on peut reconnaître cette présentation aux signes suivants: l'extrémité pelvienne est plus petite et moins compacte que la tête, et toujours plus élevée que cette dernière partie au moment de la rupture des membranes; la surface arrondie qu'elle présente est plus molle que la tête; sa forme est d'une irrégularité manifeste; l'on sent une sorte d'échancrure formée par l'intervalle des cuisses, circonstance qui éveille l'attention de l'accoucheur. Auprès de cette échancrure se trouvent quelques parties mobiles, ce sont les pieds. Quand ces parties ne peuvent être atteintes, l'on sent le sillon où se rencontrent les parties génitales, la pointe du coccyx, et entre les deux l'anus. Dans cette présentation, l'on observe fréquemment l'évacuation d'une certaine partie du méconium. Cela étant connu, l'on peut pressentir le mécanisme de l'accouchement.

Après la rupture des membranes, les parois utérines s'appliquent plus immédiatement sur le corps du fœtus, dont elles rapprochent les diverses parties. Le premier mouvement que l'on observe, c'est l'augmentation de la flexion de la tête sur la partie antérieure de la poitrine. Après ce mouvement, et sous l'influence des contractions utérines, l'extrémité pelvienne, un peu inclinée, chemine et pénètre dans l'excavation du bassin, opère son mouvement de redressement, puis celui de rotation, qui doit placer la hanche gauche sous le pubis (ce mouvement n'est jamais complet), puis bientôt l'on voit apparaître à la vulve d'abord la fesse gauche, puis l'anus, enfin la fesse droite et les pieds; toutes ces parties se dégagent en même temps en se relevant vers la face antérieure des pubis. Alors s'opère un léger mouvement de rotation (sorte de mouvement de restitution). A partir de ce moment les contractions utérines, continuant d'agir, le tronc du fœtus se dégage jusqu'aux coudes, qui se trouvent placés sur les parties latérales de la poitrine. Alors, nouveau mouvement de rotation qui porte l'une des extrémités derrière les pubis et l'autre dans la cavité du sacrum. Les coudes se dégagent, d'abord celui qui est en avant, puis, celui qui est en arrière. Quelquefois le contraire a lieu. Viennent ensuite les épaules, qui conservent toujours une légère obliquité. Reste la tête, qui se présente au détroit supérieur, fléchie dans une position oblique; elle s'engage ensuite, subit un mouvement de rotation qui ranime l'occiput derrière la symphyse des pubis et le front dans la courbure du sacrum; puis, sous l'influence des contractions, l'on voit se présenter successivement à la vulve, vers la commissure antérieure du périnée, la bouche, le nez, le front et le sommet; enfin la tête se dégage.

Position sacro-iliaque droite postérieure. Le sacrum répond à la symphyse sacro-iliaque droite; les pieds et la partie antérieure des jambes sont placés derrière la cavité cotyloïde gauche; la hanche droite est en avant et à droite; la hanche gauche en arrière et à gauche; la tête occupe le fond de la matrice.

Les moyens de diagnostiquer cette position sont les mêmes que dans les positions précédentes; seu-

lement les parties qui, dans la première, étaient situées en avant se trouveront, dans la seconde, placées en arrière; le mécanisme sera aussi tout à fait le même.

Ainsi l'on retrouve, dans les présentations des extrémités pelviennes, la même régularité que l'on a observée dans celles du sommet; on pourrait dire même que celles-ci sont moins régulières que les précédentes.

Les présentations de l'extrémité pelvienne admettent la terminaison spontanée de l'accouchement, et les lois qui les régissent ont la plus grande analogie avec les présentations de la face et du sommet. Comme dans celle-ci, l'on retrouve des exceptions; ainsi, parmi les mouvements que doit exécuter le fœtus, les uns peuvent ne pas s'accomplir et les autres sont susceptibles de ne le faire que d'une manière incomplète : par exemple, l'on compte trois mouvements de rotation qui ont pour but, ainsi qu'on le sait, de placer les parties dans des rapports tels que le plus grand diamètre du fœtus corresponde au plus grand diamètre du bassin : 1° mouvement de rotation qui replace une des hanches sous la symphyse des pubis (ce mouvement, comme on le sait, dis-je, n'est pas complet); 2° mouvement de rotation qui amène l'une des épaules derrière les pubis; 3° mouvement de rotation qui ramène l'occiput dans cette même partie. Or, toutes les fois que le fœtus sera petit, ou que le canal lui-même offrira de grandes dimensions, ces mouvements de rotation pourront manquer ou ne se faire qu'incomplétement.

Autre exception. Dans les positions du sommet et de la face, l'on a vu quelquefois le mouvement de rotation qui doit ramener l'occiput ou le front en avant, ne pas avoir lieu; la même particularité peut s'observer dans les présentations des extrémités pelviennes, et l'on voit manquer le mouvement qui doit ramener la partie postérieure du fœtus en avant. Cette circonstance ne présente aucun inconvénient pour le tronc; mais pour la tête, c'est chose plus sérieuse, l'occiput se porte dans la concavité du sacrum, et, dans ce cas, les anciens regardaient la terminaison de l'accouchement comme presque impossible. Cette terminaison peut néanmoins être spontanée; l'on voit alors se dégager la face, le front, puis le sommet.

Michaëlis a dit que dans certains cas, la face venant à se relever, l'occiput se présentait en première position; mais cette terminaison est beaucoup plus rare que la précédente. Ce fait a tellement frappé un accoucheur des environs de Paris, qui eut occasion d'observer plusieurs fois cette exception heureuse, qu'il crut de cette façon l'accouchement plus facile, et qu'il donna le conseil absurde de toujours reporter l'occiput en arrière.

Ce qui vient d'être dit sur les présentations de l'extrémité pelvienne s'applique exactement aux présentations des pieds, des genoux, qui ne diffèrent des précédentes que sous un seul rapport, savoir : que lorsque les pieds ou les genoux se présentent, les mouvements de rotation sont moins utiles.

(*Gaz. des Hôpitaux*, n° 105.

18. *Soins que réclame la femme pendant le travail de l'accouchement.* — Hôpital dit de l'Ecole. — M. P. Dubois.

Tout le monde sait que la fonction de l'accouchement peut se faire sans l'intermédiaire d'aucuns secours étrangers, et les choses se passent ainsi dans les pays non encore éclairés des lumières de la civilisation. Ceci s'observe même assez souvent parmi nous; mais il ne s'ensuit pas pour cela que les femmes doivent se passer de secours. Dans notre état social, il n'est pas démontré que les secours soient inutiles. L'on voit, en effet, que dans ces conditions de civilisation, la parturition est plus difficile et cause plus de souffrances. Il y a plus, c'est que cela s'observe même pour les animaux domestiques qui vivent près de nous. Soit pour ce motif, soit pour tout autre qu'il serait difficile d'apprécier, des secours, ou au moins une surveillance attentive est utile dans le travail de la parturition.

Ici deux intérêts sont en présence, les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

Les intérêts de la mère. Quand on doit donner des soins à une femme en travail, la première chose à faire est de s'assurer si réellement le travail est commencé : il faut savoir si les contractions utérines existent; ne pas proposer de suite un examen manuel, mais interroger la femme sur la nature des douleurs; savoir, si celles-ci présentent le caractère particulier qu'on leur connaît, si elles sont intermittentes, si elles partent des reins, pour aller se terminer par une sorte d'impulsion vers la partie inférieure de l'abdomen. L'accoucheur attend ordinairement qu'il ait été témoin d'une de ces douleurs, après quoi il propose avec beaucoup de circonspection l'examen manuel. Il prépare la femme à cet examen : en palpant d'abord l'abdomen, il sent si l'utérus est bien le siége de contractions; puis enfin, il pratique le toucher vaginal. Alors il reconnaît très-bien si la femme est à terme, si l'orifice utérin est dilaté, si la poche des eaux existe, etc.

Une fois le diagnostic de la grossesse bien établi, les premiers soins dont l'accoucheur doive s'occuper sont de disposer les choses nécessaires, et de placer la femme dans les conditions convenables. Tous les auteurs classiques s'occupent d'abord de la chambre de la femme en travail; il faut, disent-ils, qu'elle soit large, spacieuse, bien aérée et calme. Mais telle n'est pas, en général, la manière d'agir de la plupart des accoucheurs; ceux-ci se contentent, en effet, d'accepter la pièce qu'on leur propose et qui d'ordinaire est la chambre à coucher de la femme à laquelle on est appelé à donner des soins. Cette première condition hygiénique ne se trouve donc pas remplie dans le plus grand nombre des cas. Néanmoins il arrive quelquefois que l'autorité du médecin doit intervenir, par exemple, lorsque la chambre à coucher n'est ni calme ni bien aérée, et lorsqu'elle se trouve exposée à des émanations n'importe de quelle nature; ces circonstances pourraient fatiguer la femme et lui être très-nuisibles.

Il faut toujours raisonner dans l'hypothèse de quelques accidents et préparer les choses comme s'ils devaient arriver.

Une fois tous ces petits sions pris, l'on s'occupe

de disposer convenablement quelques-uns des organes voisins de l'utérus, le rectum et la vessie, dont l'état de réplétion pourrait entraîner quelques complications dans la plupart des cas. L'on vide le rectum avec un lavement simple; pour la vessie il suffit d'engager la femme à uriner. L'on doit vider le rectum, a-t-on dit, car sans cette précaution, les mouvements du fœtus, surtout celui de rotation, pourraient se trouver gênés, raison nullement fondée, à moins que les matières fécales soient très-dures. Mais la plénitude du rectum a un autre inconvénient pour la femme et pour l'accoucheur. Pour la femme, parce qu'au moment où la tête, s'engageant dans le bassin, viendra comprimer l'intestin, elle en chassera les matières fécales; pour obvier à cet inconvénient, la femme ralentira autant qu'il dépendra d'elle les contractions des muscles abdominaux, et entravera de la sorte la marche du travail. Cette circonstance est désagréable pour l'accoucheur, et puis elle rend nécessaire le changement des pièces de linge placées sous la femme. Lorsque les matières fécales sont dures, si le lavement ne suffit pas, l'on vide l'intestin soit à l'aide d'une curette, soit même avec le doigt.

L'on doit prendre le soin de faire vider la vessie dès le commencement du travail, précaution que les femmes ont souvent prise spontanément avant l'arrivée de l'accoucheur, sollicitées qu'elles sont d'uriner, par le besoin qu'elles en éprouvent. Quand cela n'a pas eu lieu, que la vessie est remplie, et s'est trouvée comprimée par les parois abdominales à mesure que la tête s'engage dans le bassin, dans la crainte de voir le travail se ralentir, il faut engager la femme à uriner, et, en cas d'impossibilité, l'on pratique le cathétérisme.

L'habillement de la femme devra être disposé de manière à lui éviter toute gêne qui serait désagréable et pourrait nuire à la liberté de ses mouvements et du cours du sang. Léger en été, il serait un peu plus chaud en hiver et devra pouvoir être enlevé facilement.

Pour ce qui est de la disposition des cheveux, bien qu'aujourd'hui ceci soit moins important qu'autrefois, néanmoins il faut conseiller aux femmes de se faire natter les cheveux. De cette façon l'on rend plus facile la première toilette qui suit l'accouchement.

Deux lits sont-ils nécessaires; l'un qui servira pendant le travail, l'autre où l'on transportera la femme après son accouchement? En Angleterre, on ne se sert que d'un seul lit; en France, l'usage de deux lits est général et présente, en effet, de grands avantages. Le bien-être qui en résulte pour la femme est une raison qui suffirait à elle seule pour déterminer l'accoucheur à procéder de cette façon. Le lit de travail, appelé aussi *lit de misère*, *lit de secours, petit lit,* se compose d'un lit de sangle solide, assez élevé pour que l'accoucheur puisse donner à la femme tous les soins dont elle aura besoin sans en éprouver de gêne. En général, l'on conseille de placer sur le lit de sangle deux matelas, le premier, étendu dans toute la longueur du lit, le deuxième est plié en double, de manière à former une élévation sur laquelle repose le corps de la femme, et à laisser au milieu du lit un ressaut sur le bord duquel appuie le sacrum. Par ce moyen, les parties génitales sont bien découvertes. Mais si le travail se prolonge un peu, que la femme désire étendre les membres inférieurs ou se placer sur le côté pour se délasser de la fatigue que cause une attitude longtemps conservée ou se livrer au sommeil pendant quelque temps, elle se trouve ainsi couchée bien mal commodément. M. Dubois aime mieux disposer ce lit comme ceux dont on se sert communément, en ayant soin de faire placer sous les matelats, à l'endroit du siége, un ou deux coussins un peu fermes pour que la région pelvienne ne s'enfonce pas dans l'épaisseur des matelas. Ce lit présente tous les avantages qu'on peut désirer; la femme y est à l'aise, elle y peut prendre toutes les attitudes qui lui conviennent.

Le deuxième lit sera disposé comme un lit ordinaire; seulement, il faudra avoir soin de le garnir à l'aide d'une toile cirée que l'on recouvrira d'un drap plié en quatre, pour empêcher que les liquides qui s'écouleront des parties génitales puissent tacher les matelas.

L'accoucheur doit aussi s'occuper d'écarter les personnes dont la présence pourrait être désagréable à la femme, circonstance qui peut retarder les douleurs et entraver les contractions utérines; l'accoucheur lui-même pourrait être gêné par la réunion d'un trop grand nombre de personnes. Ces derniers soins demandent de sa part beaucoup de tact.

Il faut aussi faire disposer tout ce qui est nécessaire pour l'enfant : une paire de ciseaux, plusieurs fils; l'accoucheur doit aussi avoir à sa disposition une barbe de plume pour nettoyer la bouche des matières muqueuses ou glaireuses qui entraveraient les premiers efforts de la respiration; il faut un tube laryngien, et tout ce qui est nécessaire pour nettoyer l'enfant. Autant que possible celui-ci sera porté dans une autre chambre préalablement chauffée, où il passera la première nuit, afin que la mère ne soit point troublée dans son sommeil, dont elle a tant besoin.

Pour ce qui est du régime de la femme pendant le travail, si celui-ci est bien en train, quelques boissons rafraîchissantes suffisent; il ne faut point donner d'aliments, l'estomac n'étant point dans les conditions nécessaires pour que la digestion se fasse sans entraves; lorsque le travail languit, l'on donne à la femme quelques aliments légers, liquides de préférence. Les boissons seront fraîches, à la température de la chambre; l'on préférera l'eau sucrée. Le vin étendu d'eau s'aigrit facilement dans l'estomac et augmente les vomissements. Les boissons excitantes spiritueuses, encore en usage dans le peuple, doivent être rigoureusement proscrites.

Une question importante et qui a été traitée par tous les accoucheurs, est celle relative à la position que doit prendre la femme. Tant que le travail marche avec lenteur, que les contractions utérines sont peu rapprochées, la femme peut garder telle attitude qui lui convient et en changer à son gré; mais plus tard, quand la dilatation de l'orifice est assez considérable, que les douleurs sont fortes et rapprochées, qu'elles prennent leur caractère de douleurs

expultrices, alors la femme doit se placer sur son lit.

Il est certaines conditions qui font que cette précaution doit être prise ou plus tôt ou plus tard : ainsi chez une primipare, l'on pourra attendre plus longtemps que chez celle qui a déjà eu des enfants. Voici les raisons qui peuvent engager l'accoucheur à faire placer de bonne heure la femme sur le lit de misère : lorsque dans les accouchements précédents le travail a été de courte durée, il serait à craindre dans ce cas que la femme n'accouchât debout, circonstance qui aurait quelques inconvénients; lorsque avant la grossesse il existait un prolapsus utérin, pour éviter l'action trop puissante des muscles abdominaux, dont l'effet serait de hâter le travail, et pour empêcher par cela même la reproduction du prolapsus, dans le cas d'obliquité extrême de l'utérus. L'on s'accorde généralement à croire que la position horizontale de la femme diminue l'énergie des contractions utérines. Une condition dont les auteurs ont peu parlé, qui doit engager l'accoucheur lui à faire prendre de bonne heure cette position, c'est l'absence au détroit supérieur de toutes parties du fœtus accessibles au doigt, circonstance qui peut faire craindre une présentation de l'épaule, ou au moins une autre présentation que celle de l'une des deux extrémités du fœtus. Le but que l'on se propose en agissant de cette façon, c'est de ralentir les contractions utérines, de retarder par conséquent la rupture des membranes jusqu'à ce que la dilatation de l'orifice soit assez considérable pour permettre de faire la version si la chose est nécessaire, et pour que l'enfant ait moins à souffrir avant qu'on en vienne à l'emploi de cette manœuvre.

La même précaution doit être prise, et pour les mêmes raisons, quoique moins importantes alors, dans les cas où le bassin est vicié.

La position horizontale devra encore être conseillée à la femme lorsque celle-ci éprouvera une métrorrhagie, afin de diminuer l'abondance de l'écoulement, ou au moins pour faire qu'il n'augmente pas.

Il est des femmes qui doivent accoucher dans une position assise ou presque assise : ce sont celles, par exemple, qui sont atteintes d'hydrothorax ou de maladies du cœur; l'on fait en sorte de se procurer un siége convenablement disposé et semblable à ceux dont les anciens se servaient. Les femmes dont la mauvaise constitution est telle qu'elles ne peuvent pas se coucher, doivent garder la même position que les précédentes.

L'on a vu, d'après ce qui précède, que la femme devait être placée dans la position horizontale; il reste maintenant une autre question à résoudre : faut-il que la femme se place sur le dos, ainsi que le conseillent les Français et les Allemands, ou bien la femme accouchera-t-elle sur le côté, comme le veulent les Anglais? La position sur le dos, disent les premiers, est beaucoup plus commode pour la femme; et celle-ci, ainsi placée, sera bien plus à même de faire servir ses douleurs, de les rendre plus efficaces. D'une autre part, si des secours deviennent nécessaires à la femme, la position sur le dos est bien plus commode pour chercher à bien s'assurer de la situation de l'enfant pour appliquer le forceps, etc. La position sur le côté rend beaucoup plus facile, il est vrai, l'action de soutenir le périnée. Les Anglais ont soin d'écarter les cuisses de la femme à l'aide d'un oreiller, et de les maintenir un peu fléchies sur le bassin.

Quant à la place que doit occuper l'accoucheur, la nature des soins qu'il doit donner à la femme fait qu'il ne saurait y avoir de choix à ce sujet; cependant, comme il doit placer la main droite sous le périnée, il faut, pour que cela soit facile, qu'il se place à droite de la femme dans la position la plus naturelle possible.

La plupart des accoucheurs ont déterminé à quelle époque et combien de fois il convient de pratiquer le toucher, et voici ce qu'ils conseillent à cet égard : l'on doit, disent-ils, toucher la femme d'abord au moment où l'on est appelé; puis après la rupture des membranes, et enfin vers la fin de l'accouchement. Mais il existe une infinité de raison qui exigent que cette petite opération soit pratiquée plus souvent, raisons qui n'existent pas au commencement du travail; par conséquent l'on ne saurait établir des règles à ce sujet. Dans le cours du travail, pour en constater la marche, il est bon de toucher la femme toutes les vingt minutes ou toutes les demi-heures; l'on doit le faire plus souvent lorsque le travail est sur le point de se terminer.

Quelle est la nature des secours que l'on doit donner à la femme? Il n'est pas besoin de parler de secours moraux. Toutes les fois que la femme se désespère, il est du devoir de l'accoucheur de la rassurer; mais il doit, dans certaines circonstances, venir manuellement en aide a la femme. Ces soins manuels sont donnés, dans les grands établissements d'accouchement, par les filles de service; et en ville, par les gardes ou les parents de la femme en travail. Mais souvent celle-ci préfère instinctivement les soins éclairés de l'accoucheur; dans ce cas, il faut la plus grande réserve de la part de celui-ci, et il convient d'attendre que la femme elle-même ait exprimé ce désir. Ces secours consistent à fournir un point d'appui aux bras de la femme, et en une foule d'autres petits soins de la nature de celui-ci, et que l'accoucheur ne doit donner que lorsqu'il en est requis.

N'y a-t-il pas quelque chose à faire pour activer la marche du travail? Autrefois l'on était dans l'habitude de pratiquer à cet effet des attouchements sur le col de l'utérus, c'est ce que l'on appelait *petit travail;* mais l'on a depuis longtemps renoncé à cette manœuvre tout à fait inutile, et quelquefois même nuisible. Dans certains cas, cependant, il arrive que la lèvre antérieure du col coiffe la tête de l'enfant et lui présente un obstacle qu'elle ne peut dépasser; l'on doit alors, avec le doigt, soulever le bord de cette lèvre antérieure et la repousser derrière la tête; il faut, pour cela, attendre une douleur : on la maintient soulevée jusqu'à ce que la tête ait franchi le col de l'utérus. Cette petite opération abrège un peu la durée du travail; mais elle n'est utile que dans des cas très-exceptionnels.

L'on doit se garder d'engager la femme à faire de trop bonne heure des efforts d'expulsion; car ceux-ci sont inutiles et ne font que la fatiguer. Il

faut attendre pour cela que les membranes soient rompues, l'orifice grandement dilaté et la tête déjà engagée. Mais il est de la plus grande importance d'engager la femme à pousser alors que, le travail étant déjà avancé, la femme ne vient point en aide à la nature, soit par crainte de la douleur, soit pour tout autre motif. Sur la fin du travail, l'accoucheur est souvent obligé d'engager la femme à faire moins d'efforts pour que la dilatation des parties externes de la génération ne se fasse pas trop brusquement.

A une certaine époque de l'accouchement, l'on voit souvent survenir des crampes; celles-ci sont déterminées par la pression exercée par la tête sur les nerfs sacrés et sacro-sciatiques, et occupent la partie postérieure des cuisses, surtout celle du côté gauche. De fortes frictions, pratiquées avec la main seulement, suffisent quelquefois pour les faire cesser.

Lorsque la tête apparaît sur le plancher du bassin et fait des efforts pour rendre le périnée perméable, si cette partie n'est pas assez extensible, elle peut se rompre. La rupture peut occuper ou le bord antérieur du périnée, ou tout le périnée, ou enfin, la partie moyenne du périnée, les bords antérieur et postérieur restant intacts. Dans ce dernier cas, la rupture a pu quelquefois être assez considérable pour recevoir la tête du fœtus tout entière. La gravité de cet accident est en raison de l'étendue de la rupture. Pour le prévenir, presque tous les accoucheurs ont donné le conseil de soutenir le périnée avec la main et de diriger en même temps la tête vers l'orifice vulvaire. Il faut attendre pour cela que le périnée soit déjà distendu, et qu'une partie de la tête soit engagée dans la vulve, à moins que les efforts n'aient été trop brusques, auquel cas il ne faut pas si longtemps attendre.

Pour soutenir facilement le périnée, il faut que le siége de la femme soit élevé à l'aide de draps placés dessous et se trouve bien à découvert. L'on passe la main soit sous la cuisse droite, qui est fléchie, soit entre les deux jambes; la paume de la main embrasse le périnée et la tête, que celui-ci contient; le bord radial regarde la commissure postérieure de la vulve, et le bord cubital correspond à l'anus. Afin que la main ne puisse pas glisser, on a soin de la garnir d'une serviette. La pression exercée par la main doit être telle, que les efforts portent surtout sur le bord cubital. Ce secours, qui d'abord ne doit durer que le temps des douleurs, est permanent à la fin du travail. Quand la tête est sur le point de franchir la vulve, la main doit faire opérer au périnée un mouvement de rétropulsion par lequel elle le reporte derrière la tête.

Quelques accoucheurs disent que ce n'est ni de cette façon, ni dans cette intention qu'il faut soutenir le périnée, et c'est presque là l'opinion de M. P. Dubois. L'application de la main sur le périnée a bien pour but de prévenir la rupture de cette partie, et de diriger la tête vers la vulve; mais c'est surtout, dit le professeur, dans l'intention de ralentir le travail que cette manœuvre est opérée, pour retarder l'expulsion du fœtus, et pour que la distension des parties génitales soit plus graduelle et plus facile. D'autres accoucheurs, et M. Mauriceau, entre autres, disent qu'il faut soutenir le périnée de telle façon qu'on ramène en avant la peau des cuisses, des fesses, et que l'on donne ainsi plus d'étoffe au périnée, qui alors peut se distendre davantage. Mais comme de la sorte on ne saurait ralentir la marche du travail, principal but que l'on doive se proposer, M. P. Dubois aime mieux la manière généralement employée.

D'autres accoucheurs, enfin, ont pensé que cette manœuvre était tout à fait inutile. Cela peut être vrai pour les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfants, à moins que la tête du fœtus ne soit trop volumineuse, mais pour les primipares; il n'en est plus de même. L'impulsion communiquée au fœtus par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux pourrait être trop forte et la distension du périnée trop lente, pour qu'il ne s'en suivît pas une rupture de cette partie.

(*Ibidem*, n° 110.)

---

19. *Observations de bassin simplement étroit sans courbure ni déformation des os;* par M. Nichet.

Stein le jeune, cité par M. Naegelé, avait déjà fixé l'attention sur le rétrécissement général du bassin (1825) en y consacrant un chapitre spécial dans son *Traité d'Accouchements*. Mais il ne paraît pas avoir observé cette étroitesse à un degré très-prononcé, ni en avoir convenablement apprécié les causes, les signes et les dangers.

« Les premières notions exactes sur ce genre d'étroitesse pelvienne sont dues à M. Naegelé. Cet illustre professeur en bublia deux observations en 1830; postérieurement il leur en a ajouté trois autres. (Voyez l'ouvrage intitulé : *Des principaux vices de conformation du bassin*, etc., par D.-F.-C. Naegelé, traduit de l'allemand, par M. Danyau, 1840, p. 124.)

« M. Naegelé cite cinq cas de rétrécissement général et regulier du bassin. Les sujets des quatre premières observations étaient des femmes d'une taille moyennne ou au-dessus de la moyenne. Aucune partie du squelette n'offrait de trace de rachitisme. Dans tous les cas on éprouva de très-grandes difficultés pour terminer l'accouchement soit par le forceps soit par la crâniotomie. Toutes les dimensions des bassins avaient été réduites d'un pouce. Le cinquième cas est celui d'une naine de 31 ans, haute de trois pieds six pouces, sur laquelle l'accouchement prématuré artificiel fut pratiqué à la 35e semaine de la grossesse et qui mourut dix jours après, d'une indigestion. Tous les diamètres sont réduits d'un pouce au moins et cependant ce bassin ressemble à un bassin de femme bien conformée, dont toutes les dimensions auraient été diminuées. On n'aperçoit ni sur lui ni sur le reste du squelette la moindre empreinte de rachitisme.

« 1re Obs. — Une fille de la campagne, âgée de 42 ans, primipare, d'une taille moyenne, d'une intelligence extrêmement bornée, était en proie aux

douleurs de l'enfantement depuis quatre jours, lorsqu'elle fut portée à la Charité A son arrivée, la tête était dans l'excavation, l'occiput dirigé à gauche, les contractions étaient énergiques; elles parvinrent, au bout de deux heures, à terminer l'accouchement. — L'enfant était mort; sa tête, d'un volume médiocre, était excessivement molle.

« A l'autopsie, le bassin présenta les mesures suivantes : detroit supérieur, diamètre sacropubien, 3 pouces. — D. tranverse, 4 pouces 3 lignes ; oblique, 4 pouces. — Détroit inférieur, d'une tubérosité sciatique à l'autre, 3 pouces 2 lignes ; du coccyx au sommet de l'arcade pubienne, 3 pouces 2 lignes. — Diamètre antéropostérieur de l'excavation, 4 pouces. — D. transverse, 3 pouces 8 lignes. — De la tubérosité sciatique à la crête iliaque, 6 pouces 8 lignes. — De la tubérosité sciatique au détroit superieur, 3 pouces 6 lignes. — De la base du sacrum au sommet du coccyx en ligne droite, 3 pouces 8 lignes. — Profondeur de la cavité sacro-coccygienne, 1 pouce 4 lignes. — Hauteur de la symphyse-pubienne, 1 pouce 4 lignes. — Hauteur de l'arcade pubienne, 2 pouces.

« 2e Obs. — Une fille de 27 ans était anceinte pour la septième fois. Dans les cinq premières grossesses, l'enfant, quoique toujours expulsé à six mois et mort, n'était sorti qu'avec beaucoup de peine après un travail de plusieurs jours, ou par le forceps. Dans le sixième accouchement, l'enfant, quoique à terme, était très-petit, et cependant l'accouchement fut encore très-long. — Le 9 mars 1839 elle se présenta à la Charité dans la matinée. Elle éprouvait des douleurs depuis quatre jours. L'orifice était de la largeur d'un écu de cinq francs. Dans le courant de la journée la dilatation fit des progrès, le soir la tête avait franchi l'orifice, mais elle n'avait pas pénétré dans l'excavation; elle était fixée au détroit supérieur, le cuir chevelu seul faisait saillie dans le petit bassin. L'occiput était placé en avant et à gauche. — Le forceps, appliqué à trois reprises, ne put jamais ébranler la tête de sa position. Je renoncai à ce moyen. — La femme ne sentait plus les mouvements de l'enfant depuis la veille, l'auscultation ne faisait entendre aucun bruit; le doigt appliqué sur les fontanelles ne percevait aucun battement; il était donc extrêmement probable que l'enfant avait cessé de vivre. Je pratiquai la crâniotomie : malgré la sortie complète du cerveau, le crâne ne put point descendre par les seules contractions de la matrice; il fallut appliquer encore le forceps, qui cette fois amena la tête à la vulve avec beaucoup de facilité. Mais les épaules furent arrêtées au détroit supérieur; le tronc ne put descendre qu'après que le bras placé en arrière eut été dégagé avec le crochet-mousse. La malade succomba trois jours après l'accouchement.

« Le bassin est généralement rétréci, mais régulier. Au détroit supérieur le diamètre sacropubien a 3 pouces 6 lignes, le transverse 3 pouces 10 lignes, les obliques 3 pouces 8 lignes. — D'une tubérosité sciatique à l'autre, 3 pouces; du coccyx au sommet de l'arcade pubienne, 2 pouces 11 lignes. — De la partie inférieure du pubis au sacrum, 3 pouces 7 lignes. — Le diamètre transverse de l'excavation est de 3 pouces 11 lignes. — De la tubérosité sciatique à la crête iliaque, 6 pouces 6 lignes. — De la tubérosité sciatique à la portion iliaque du détroit supérieur, 3 pouces.— Le sacrum a 4 pouces de hauteur; symphyse pubienne, 1 pouce 4 lig.; l'arcade pubienne, 1 pouce 8 lignes. — Le sacrum a 7 lignes de profondeur. — La conformation du reste du squelette ne laissait rien à désirer. La longueur totale du corps était de 4 pieds 5 pouces.

« L'enfant était du sexe féminin : du sommet de la tête à la plante des pieds il avait 19 pouces. La tête, un peu amoindrie par l'absence du cerveau, avait 4 pouces de diamètre occipito-frontal et 3 pouces d'une bosse pariétale à l'autre.

« 3e Obs. — Le troisième sujet sur lequel j'ai rencontré un bassin généralement rétréci est une fille de petite taille (4 pieds 3 pouces 6 lignes), mais d'ailleurs bien conformée, sur laquelle j'ai pratiqué avec succès l'accouchement prématuré artificiel. La mensuration externe donne les résultats suivants : de la base du sacrum au pubis, 6 pouces; d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, 8 pouces; d'une crête iliaque à l'autre, 9 pouces 3 lignes; de la tubérosité sciatique à la crête iliaque, 6 pouces ; d'une tubérosité sciatique à l'autre, 3 pouces. La mensuration directe du diamètre sacropubien donne 3 pouces.

« Il résulte de l'examen de ce dernier sujet que les deux diamètres principaux des détroits, le sacropubien et l'ischiatique, sont diminués d'un pouce. Entre la partie la plus saillante des deux crêtes iliaques, entre la crête iliaque et la tubérosité sciatique, on trouve également 1 pouce de moins que dans l'état normal.

« Il y a moins d'uniformité dans la réduction des divers diamètres du bassin n. 2. Le diamètre sacropubien n'a que 6 lignes de moins qu'il ne doit avoir, le transverse est plus court de 14 lignes, et les obliques sont rétrécis de dix lignes. Au détroit inférieur le diamètre transverse est réduit d'un pouce et le diamètre coccy-pubien de 13 lignes. — Ce bassin offre d'ailleurs la ténuité qui caractérise le bassin de la femme. Sur le bassin n° 1, au contraire, les os sont épais, les apophyses très-prononcées; on dirait, sous ce rapport, le bassin d'un homme : cela vient probablement de l'âge avancé de la femme et des rudes travaux auxquels elle était livrée et qui avaient donné un grand développement aux organes de la locomotion. Les divers diamètres avaient subi une réduction très-forte, mais qui était loin d'être identique pour tous. Ainsi au détroit supérieur, le diamètre sacro-pubien était plus court de 1 pouce, le transverse n'avait que 9 lignes de moins, et les obliques n'avaient perdu que 6 lignes. Au détroit inférieur le diamètre transverse et le coccy-pubien avaient tous deux été réduits de 10 lignes.

« Le diagnostic de ces sortes de bassins est plus difficile que ceux dont le rétrécissement dépend d'une courbure ou d'une déformation des os, ou bien des développements d'une exostose; car, sauf les cas d'accouchements antérieurs difficiles, rien ne peut faire soupçonner d'avance que le bassin n'a pas ses dimensions normales; rien n'indique la nécessité d'une exploration particulière; car, si quelques femmes ainsi conformées ont une petite taille, il est loin d'en être toujours ainsi; plusieurs

ont un taille au-dessus de la moyenne. Il n'y a rien non plus dans la démarche qui puisse déceler une une étroitesse du bassin. « C'est, dit M. Naegelé, sinon toujours, au moins dans la très-grande majorité des cas, au moment de l'accouchement, et à cause de la difficulté qu'il opposait à sa terminaison, qu'on a reconnu le bassin simplement rétréci, l'expulsion du fœtus ne pouvant avoir lieu par les seuls efforts de la nature, quelque vigoureuses que fussent les contractions de la matrice.

(*Journal de médecine de Lyon.*)

---

20. *Enorme abcès de l'ovaire ayant fusé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. — Mort imminente. — Guérison par l'ouverture avec l'instrument à travers la paroi du vagin ;* par M. Bourgeois, médecin en chef de l'hôptal d'Etampes, méd. des épid. de l'arrond.

La dame Chevalier, fermière de la commune de Courdemanche, arrondissement d'Étampes, jeune femme de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, née de parents sains, s'étant toujours bien portée elle-même, régulièrement menstruée depuis l'âge de seize ans, accoucha facilement, le 10 février dernier, d'une fille de force moyenne; sa grossesse n'avait rien présenté d'extraordinaire, si ce n'est une chute qu'elle fit sur le siége vers le septième mois et dont elle ne se ressentit plus bientôt. Après la couche, lochies peu abondantes. Pendant les six premières semaines, état valétudinaire; la malade, bien qu'elle reprenne une partie de ses habitudes, n'a nul appétit; pourtant elle ne ressent aucune douleur. Au bout de ce temps la fièvre s'allume, des frissons surviennent le soir. Elle appelle le docteur Lesiski de Milly, qui lui prescrit une application de seize sangsues sur le bas-ventre, des adoucissants d'abord, puis quelques toniques et notamment le sulfate de quinine. Malgré ces différents moyens, les accidents augmentent; la malade m'envoie chercher le 28 avril dernier. A mon arrivée, je la trouve dans l'état suivant : décubitus dorsal; faciès profondément émacié, jaune et terne; yeux caves; conjonctives œdémateuses; langue pâle, pointue, saburale et sèche; voix altérée; elle se plaint beaucoup du bas-ventre. En examinant avec soin cette région, nous trouvons un ballonnement considérable de l'abdomen, qui résonne fortement à la percussion; la pression détermine de vives douleurs, surtout à la région hypogastrique, point où il y a moins de résonnance. Dans la fosse iliaque gauche, on sent, en déprimant avec force les parties molles, un corps dur comme noueux d'une certaine étendue et très-douloureux. En écartant les fesses, on trouve l'ouverture anale dilatée, formant un bourrelet pâle, assez sensible, à travers lequel s'échappe continuellement un liquide gélatineux, transparent et inodore, analogue à la gelée de viande la plus pure; on le fait même sortir à volonté en écartant les lèvres de l'anus. A travers l'ouverture vulvaire un liquide analogue coule aussi habituellement; mais il se rapproche plus de la nature du pus. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent une tumeur arrondie, lisse, occupant toute la concavité du sacrum, et dont on ne peut sentir les limites supérieures. Par le vagin, le toucher fait reconnaître une tumeur analogue à la précédente, ayant emprunté pour se revêtir presque toute la membrane muqueuse de ce conduit, et, appuyant sur la symphyse pubienne; à la partie supérieure, on reconnaît avec peine une fente transversale très-étroite : c'est l'ouverture utérine; mais les lèvres du museau de tanche sont entièrement effacées; la tumeur ci-dessus décrite ne descend point jusqu'à la partie inférieure de la cloison recto-vaginale; il y a entre sa partie la plus basse et la surface périnale deux ou trois centimètres de distance. Ces différentes explorations déterminent peu de douleurs; en pressant alternativement avec les doigts indicateurs, l'un étant dans le vagin et l'autre dans l'anus, on sent une fluctuation obscure.

Cet examen de la maladie, fait en commun avec mon confrère M. le docteur Lesiski, nous a convaincus qu'il existait un vaste foyer purulent, situé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et s'étendant plus ou moins haut dans la cavité pelvienne; que le foyer purulent s'était formé lentement sous l'inflammation de l'ovaire gauche; que le pus avait fusé entre les feuilles du ligament large dans le tissu cellulaire du bassin, puis enfin entre les tuniques vaginales et intestinales.

Quel parti prendre en présence des accidents de la plus haute gravité que présentait cette jeune femme? devions-nous abandonner le mal à sa terminaison naturelle? Mais la malade n'avait plus de force; elle était minée par une fièvre lente et semblait toucher à sa dernière heure. Il fallait donc agir, il fallait ouvrir la tumeur pour conserver quelques chances de guérison à la malade. Quant à la voie par laquelle il convenait de pratiquer l'ouverture de l'abcès, nous n'hésitâmes pas à choisir le vagin.

La malade fut couchée sur le bord de son lit, le tronc et la tête soutenus par un aide, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, ces dernières écartées et maintenues par d'autres aides. Après avoir de nouveau exploré le mal, j'introduisis dans le vagin, couché sur la face antérieure de mon doigt indicateur gauche, un bistouri très-aigu, garni d'une baudelette de linge jusqu'à un centimètre et demi de sa pointe; arrivé sur la partie la plus saillante de la tumeur, je le plongeai de haut en bas et je fis une ouverture d'environ deux centimètres. Les tissus se divisèrent facilement, en faisant entendre un bruit analogue à celui que produit le parchemin qu'on coupe; la malade ressentit à peine de la douleur, et il s'écoula immédiatement une immense quantité de pus verdâtre, peu lié, inodore, dont la traînée s'étendit assez loin sur le sol de la chambre. En introduisant le doigt dans le kyste purulent, on sentait des brides membraneuses, molles, tendues, entre ses parois. Une sonde de femme se perdait jusqu'au pavillon dans la poche qui avait contenu la matière. Nous recouchâmes la malade, qui se sentit de suite soulagée. L'hypogastre nous sembla moins dûr, la tumeur de la fausse iliaque plus appréciable.

Prescription : fomentations émollientes sur le ventre, ingestions émollientes qu'on devra rendre successivement un peu détersives et astringentes

avec la fleur de sureau et le quinquina. Boissons acidulées, vineuses; lavements laxatifs, doux. — Dès le lendemain, évacuations alvines, semi-concrètes, abondantes : on les avait excitées à l'aide d'un léger minoratif. Il y eut encore quelques vomissements pendant plusieurs jours. La plupart des symptômes ci-dessus décrits persistèrent pendant les trois premières semaines, les douleurs du ventre et la difficulté des évacuations exceptées. Je la revois vingt jours après l'opération ; elle ne paraît pas encore supporter le bouillon qu'elle vomissait; les boissons vineuses étaient les seules qui pussent passer. La fièvre continuait avec ses redoublements quotidiens; l'écoulement du pus avait diminué sigulièrement; ce liquide, devenu dans les premiers jours fétide, avait repris ses qualités ordinaires. La sonde ne pénétrait plus que de quelques centimètres dans le kyste ; on sentait encore assez distinctement la tumeur formée par l'ovaire. A partir de cette époque, et en continuant notre traitement, peu à peu l'appétit revint, les forces augmentèrent, la maigreur diminua, et aujourd'hui 4 septembre, c'est-à-dire environ quatre mois après l'opération, cette jeune femme est dans l'état le plus satisfaisant possible. Elle a recouvré son embonpoint et sa fraîcheur; deux éruptions menstruelles régulières ont eu lieu. Il n'existe plus aucune tumeur au bas-ventre. Les parties internes sont tout à fait dans l'état naturel; le musceau de tanche est même très-saillant.

Cette observation m'a paru assez intéressante sous tous les rapports, pour qu'elle ne soit pas perdue comme le sont malheureusement un très-grand nombre de faits observés par les praticiens de province, qui le plus souvent n'ont ni le temps, ni l'occasion de les mettre au jour. Je ne connais dans les fastes scientifiques aucun cas analogue aussi remarquable. On a bien sans doute ouvert des kystes plus ou moins étendus de la cloison recto-vaginale, mais non des abcès ayant une origine semblable à celui dont il vient d'être question. Je ne me suis autant appesanti sur les détails de cette observation qu'à cause de son importance et de sa rareté. Ce n'est pas là un fait de pure curiosité, sa valeur et ses conséquences sont toutes pratiques. Il prouve que, quand les principaux organes ne sont pas matériellement lésés, quel que soit l'état du malade, on ne doit pas, dans des circonstances analogues, l'abandonner à la nature, toutes les fois qu'il est permis d'agir; ce serait le vouer alors à une mort certaine. Quant à la cause qui a produit ce désordre, malgré l'attention que j'ai pu porter à l'examen de tout ce qui regardait la malade, il m'a été impossible de la saisir.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, septembre).

21. *Sur l'inflammation des follicules muqueux de la vulve et sur son traitement*; par M. Alph. Robert.

Les maladies des follicules n'ont presque pas occupé, de nos jours, l'attention des observateurs ; il semble, en effet, naturel de les confondre avec celles des membranes muqueuses dont ces organes font partie, et auxquelles ils sont liés par continuité de tissu et par sympathie de fonctions. Cependant, s'il est vrai qu'il y ait en eux quelque chose de particulier sous le rapport de la structure et de la sensibilité, pourquoi leurs maladies n'offraient-elles pas aussi des caractères spéciaux ? Les recherches neuves et intéressantes de M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, sur les follicules vulvaires, confirment cette proposition; elles établissent que des faits qui, à leur point de départ, semblent restreints dans un cercle étroit, peuvent grandir par l'observation et fournir à la thérapeutique des résultats importants.

Les follicules étudiés par M. Robert sont disséminés autour du méat urinaire et de l'entrée du vagin; ils sont, la plupart, beaucoup plus volumineux et plus compliqués que ceux des autres régions du système muqueux. Il en est surtout deux plus remarquables que tous les autres; ils s'ouvrent sur les côtés de l'entrée du vagin; longs de plusieurs lignes chez quelques sujets, ils présentent de petits embranchements latéraux qui semblent en faire des organes intermédiaires entre les follicules proprement dits et les organes sécréteurs d'un ordre plus élevé.

L'inflammation de ces follicules s'observe, soit dans le cours de la blennorrhagie, qu'elle complique fréquemment, soit chez les femmes affectées de subinflammations de la membrane muqueuse de l'utérus, à la suite des grossesses, des avortements, des dérangements de la menstruation, etc.

Elle est caractérisée par un prurit et des élancements douloureux à la vulve, qu'exaspèrent les mouvements, la marche, le coït, la menstruation. Les organes malades ne peuvent être facilement étudiés à cause de leur exiguité ; mais souvent la vulve offre à son entrée une zone d'un rouge vif, tantôt un pointillé répondant à chacun des orifices folliculaires, pointillé qui dénote l'inflammation que ces follicules eux-mêmes doivent présenter dans leur intérieur. Cette maladie est toujours très-rebelle quand elle est abandonnée à elle-même. Le repos, les bains et des cautérisations de la vulve avec le nitrate d'argent la font souvent disparaître; quelquefois, cependant, il faut détruire les organes malades par l'incision et la cautérisation.

Tels sont les traits généraux de cette maladie; mais il est une de ses variétés sur laquelle M. Robert a plus spécialement insisté à cause des phénomènes remarquables qui lui sont propres. Elle a pour siége exclusif les deux grands follicules placés sur les côtés du vagin ; son existence paraît liée le plus souvent à celle de la blennorrhagie. Elle a été cependant observée à la suite d'accouchements laborieux, et chez des femmes atteintes seulement de catarrhe utérin ou d'ulcération du col de la matrice; dans ce cas, elle paraît être due à l'irritation produite

sur la vulve par le contact du muco-pus qui la baigne continuellement. Lorsqu'elle est à l'état aigu, et qu'elle coïncide avec la vaginite, les symptômes en sont ordinairement masqués par cette inflammation, dont elle suit les phases. Mais quand elle persiste après elle, ou qu'elle se manifeste primitivement, elle a des caractères tellement tranchés qu'on ne saurait la méconnaître quand on l'a observée une fois. Les malades éprouvent à la vulve une douleur dont l'intensité varie depuis la simple démangeaison jusqu'aux élancements les plus vifs. Cette sensation s'accroît pendant la marche et à l'approche des règles; elle rend le coït douloureux et même impossible. Quelquefois elle est obtuse, vague, et telle que les malades ne peuvent en indiquer le siége précis; mais, d'autres fois elle est fixe, et répond exactement aux parties latérales de l'entrée du vagin. Dans deux cas, elle s'irradiait à la région supérieure et interne de la cuisse; dans un autre, elle retentissait jusqu'aux parties profondes de l'appareil génital.

L'orifice du follicule malade est souvent entouré d'une auréole rouge qui aide à le découvrir; mais quelquefois aussi la membrane muqueuse de la vulve est dans un état d'intégrité parfaite, et il faut une attention extrême pour l'apercevoir. Dans ces cas, M. Robert en a souvent facilité la recherche en déterminant, par la pression du doigt, l'issue du muco-pus renfermé dans le follicule. Lorsque l'inflammation dure depuis longtemps, l'organe malade subit quelquefois une espèce d'hypertrophie qui en augmente considérablement la cavité; dans ce cas, la sécrétion folliculaire augmente au point de devenir incommode; elle constitue une véritable *leucorrhée vulvaire*. Chez une jeune fille de dix-neuf ans, observée en 1837 à l'hôpital de l'Oursine, un de ces follicules offrait un orifice tellement étroit que le mucus sécrété dans son intérieur s'en écoulait avec peine : il en était résulté une tumeur oblongue du volume d'une amande qu'elle vidait chaque jour, en la pressant avec le doigt. Ce fait ne révèle-t-il pas le mode de formation des kystes muqueux, dont la vulve est assez souvent le siége?

Abandonnée à elle-même, cette inflammation est très-longue à guérir, ou même elle persiste indéfiniment. M. Robert a vu des malades qui en étaient affectées depuis plusieurs années; elles avaient fini par se résigner aux souffrances qu'elle déterminait, lasses d'avoir essayé en vain des traitements nombreux et variés.

Un fait est remarquable dans l'histoire de cette maladie, c'est le nombre des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu. Tantôt on l'a confondue avec des démangeaisons que détermine, chez les femmes affectées de leuchorrée, le contact du mucus qui baigne continuellement la vulve. D'autres fois on a cru à l'existence d'une maladie vénérienne ou psorique, et dans cette idée, on a inutilement prodigué les médicaments mercuriels ou sulfureux. En lisant le tableau que Biett nous a donné du *prurigo podicis*, M. Robert est porté à croire que ce praticien a aussi quelquefois méconnu l'inflammation des follicules vulvaires. Il dit en effet avoir observé une malade éprouvant, à la vulve, d'horribles démangeaisons accompagnées d'accidents nerveux, et même de la nymphomanie; cette région, examinée à la loupe, ne lui a rien fait découvrir. Or, peut-on admettre l'existence d'un prurigo là où il n'y a pas de papules? Parmi les faits recueillis par M. Robert, et consignés à la fin de ce travail, il en est deux dans lesquels les symptômes ont eu la plus grande analogie avec ceux que Biett a signalés, et dont l'issue a prouvé que la maladie n'avait d'autre siége que les follicules vulvaires, d'autre cause que leur inflammation.

Voici maintenant le traitement que l'on peut opposer à cette maladie. L'expérience a démontré qu'il ne faut pas compter sur les applications extérieures, et que le seul moyen efficace consiste à détruire les organes affectés. Un stylet d'Anel, des ciseaux très-fins et boutonnés, un crayon de nitrate d'argent, sont les objets nécessaires pour cette petite opération.

La malade étant convenablement placée, on introduit d'abord un stylet d'Anel dans la cavité du follicule, qu'on reconnaît à sa direction oblique, à sa position superficielle et à sa profondeur, qui varie entre quatre et huit lignes; puis, on en dilate l'entrée en exécutant de légers mouvements de circumduction. Une des lames des ciseaux étant substituée au stylet, on la fait parvenir avec précaution jusqu'au fond du follicule; et, par un mouvement brusque, on divise la cloison membraneuse et mince qui sépare sa cavité de celle du vagin. La plaie étant de suite abstergée, on la cautérise, ainsi que la surface du follicule, avec le crayon de nitrate d'argent.

Cette opération, quoique douloureuse, ne provoque aucun accident sérieux. Il survient un peu de gonflement inflammatoire; les surfaces cautérisées suppurent, et se cicatrisent assez promptement. Mais souvent on voit persister quelques débris du follicule qui ont échappé, soit aux investigations du chirurgien, soit à l'action de l'instrument tranchant ou du caustique. Il faut les atteindre et les cautériser plus tard : la guérison ne saurait être complète si le follicule n'est entièrement détruit.

Le fait suivant résume à lui seul toutes les erreurs de diagnostic auxquelles la maladie peut donner lieu.

Obs. I. — Une sage-femme consulta M. Robert, au mois d'avril 1838, se croyant affectée d'un mal vénérien grave et invétéré; cinq ans auparavant, elle avait contracté une blennorrhagie et l'avait guérie rapidement par les moyens ordinaires. Mais depuis cette époque, elle éprouvait à la vulve des élancements très-douloureux. Elle avait successivement consulté divers praticiens distingués de la capitale. Plusieurs lui avaient conseillé l'emploi des topiques sédatifs et astringents; l'un, croyant à l'existence d'un prurigo de la vulve, avait prescrit des fumigations avec le soufre ou le cinabre; un autre enfin, craignant une cause syphilitique, avait administré un traitement par le deuto-chlorure de mercure et par les frictions. La malade elle-même s'était soumise plus tard à l'emploi de la tisane de Feltz et du chlorure d'or. M. Robert explora d'abord l'utérus à l'aide du spéculum et du toucher, et le trouva sain; il n'existait pas même de leucorrhée. La malade indiquait le côté droit de l'entrée du vagin comme le siége constant unique de ses dou-

leurs ; il examina cette partie avec le plus grand soin, et, après de longues recherches, il aperçut deux orifices folliculaires très-rapprochés; la pression du doigt y augmentait la douleur et déterminait la sortie d'un peu de mucosité opaline ; le stylet d'Anel y pénétra à quatre lignes au moins de profondeur. Ces follicules furent incisés et détruits à l'aide de plusieurs cautérisations. Au bout de trois semaines, la malade était complétement guérie.

L'observation suivante montre l'inflammation d'un follicule vulvaire à son état de simplicité.

Obs. II. — Clotilde Goissy, domestique, âgée de vingt-sept ans, accoucha au mois de décembre 1834, et, quelque temps après, allaitant un enfant né de parents infectés et couvert lui-même de pustules, elle fut affectée d'un ulcère au mamelon, pour lequel elle subit un traitement mercuriel à l'hôpital des vénériens. Plus tard, elle contracta un écoulement et des pustules muqueuses, pour le traitement desquels elle fut admise de nouveau dans cet hôpital. Enfin, quelques mois après (1er avril 1836), elle entra à l'hôpital de l'Oursine dans l'état suivant : écoulement vaginal, petite ulcération arrondie, rouge, saillante, siégeant sur la petite lèvre gauche et reposant sur une base indurée ; excoriation granulée du col, douleur à la vulve pendant la marche. Repos, bains, injections émollientes d'abord, puis alumineuses. Au bout de quinze jours, l'écoulement vaginal était tari, mais l'excoriation du col persistait, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique abondant ; l'ulcère saillant de la vulve s'était promptement cicatrisé à l'aide de quelques cautérisations. Cependant la malade souffrait toujours en marchant. Vers la fin d'avril et au commencement de mai, M. Robert cautérisa plusieurs fois le col utérin avec le nitrate d'argent, sans résultat. A la fin de mai, la malade se plaignant toujours, on examina la vulve de nouveau, et on découvrit enfin à l'entrée du vagin, en dehors des caroncules et à droite, une petite surface rouge, au centre de laquelle un orifice extrêmement étroit donnait issue à du pus. Un stylet fin y fut introduit et pénétra dans un trajet long de quatre à cinq lignes, obliquement dirigé en bas et en arrière sous la membrane muqueuse. Ce trajet fut divisé sur un stylet cannelé fin, et cautérisé avec le nitrate d'argent. Au bout de peu de jours, la petite plaie était cicatrisée, la malade n'éprouvait plus aucune douleur en marchant; et, chose remarquable, l'excoriation du col, qui avait résisté à plusieurs cautérisations, disparut promptement, sans autre soin que des injections alumineuses.

L'observation suivante offre un exemple de la violence des démangeaisons provoquées par l'inflammation des follicules vulvaires et de la prompte efficacité du traitement.

Obs. III — Julie Lesage, âgée de dix-huit ans, contracta en 1837, à la suite de rapports sexuels, un écoulement blanc considérable; les règles, sans disparaître complétement, devinrent beaucoup moins abondantes et irrégulières. Bientôt elle fut prise de démangeaisons à la vulve qui parvinrent par degré à une intensité telle que la malade se déchirait à coups d'ongles et provoquait souvent ainsi un abondant écoulement de sang ; ce symptôme augmentait beaucoup à l'époque de ses règles. Il durait depuis un an lorsque la malade fut admise à l'hôpital de l'Oursine, le 6 juin 1838.

Le col de l'utérus est sain ; il n'y a presque pas d'écoulements ; les parties génitales externes n'offrent rien de bien apparent ; seulement, vers l'entrée du vagin, existent de petits points rouges analogues, par leur forme et leur couleur, à des piqûres de puce. Ce sont les orifices externes de follicules dont le trajet admet à peine un stylet d'Anel, et dont quelques-uns s'étendent à peu près d'un demi-pouce de profondeur. Le 7 juin, plusieurs de ces follicules sont fendus et cautérisés au côté gauche. (Bains, repos).

Le 12 juin, démangeaison presque nulle du côté opéré ; on réitère le même traitement du côté opposé.

Le 18, nouvelles cautérisations.

Le 19, apparition des règles. Le 25, incision d'un embranchement folliculaire du côté gauche, qui avait échappé aux précédentes opérations.

Le 30, prurit presque nul ; petite incision et cautérisation à droite. Le 8 juillet, la malade sort complétement guérie.

Le fait suivant est des plus curieux ; il a été communiqué à M. Robert par M. Jacquart, élève distingué des hôpitaux. Voici textuellement cette observation.

Obs. IV. — Madame T..., âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, quoique sujette aux fleurs blanches, se maria à vingt-deux ans, et devint enceinte presque immédiatement après son mariage. L'accouchement fut heureux et n'offrit rien de remarquable. Au bout de trois ans, elle conçut de nouveau, mais dans la première quinzaine de sa grossesse, elle commença à éprouver à la vulve des démangeaisons presque continuelles, à la suite desquelles elle se sentait mouillée par un liquide semblable à du blanc d'œuf, quoique plus filant. Ces démangeaisons cessèrent trois mois avant l'accouchement et reparurent quelques mois après.

Madame T.... devint enceinte pour la troisième fois, au mois de mars 1839 : le prurit augmenta d'intensité. Le 4 mai, elle fit une fausse couche suivie d'accidents de métrite assez sérieux ; depuis lors, elle ne cessait de souffrir. Elle éprouvait, disait-elle, des démangeaisons insupportables, des cuissons et des élancements à la vulve, quelquefois une constriction violente, une chaleur brûlante. Elle chercha, auprès de plusieurs de nos praticiens les plus distingués, quelque soulagement à son mal ; mais, ni les bains, ni les injections, ni les topiques d'aucune espèce, ni même la cautérisation de la vulve avec la solution de nitrate d'argent, ne produisirent aucun résultat. Bientôt son état s'aggrava, les douleurs devinrent continuelles, et, par instant, tellement violentes, que, si la malade se trouvait dans la rue, elle se réfugiait dans une allée pour se gratter, avec une sorte de fureur, jusqu'au sang. A ces douleurs se joignait souvent un orgasme vénérien des plus pénibles. Elle fut enfin obligée de renoncer à toute occupation.

Elle devint mère, pour la quatrième fois, en 1839, et ce changement d'état ne fit qu'aggraver ses souffrances. Elle réclama alors de nouveau les secours de l'art, mais sans plus de succès. Informé à cette époque, par une de ses amies, de ce qu'elle éprou-

vait, je pensai qu'elle pouvait être atteinte de l'inflammation des folliculaires vulvaires, maladie à la connaissance de laquelle j'avais été initié à l'hôpital de l'Oursine par les recherches récentes de M. Robert, dont j'ai été l'élève interne dans cet hôpital. La malade se rendit chez moi, et j'eus la satisfaction de voir que je ne m'étais pas trompé. Le 5 janvier 1840, l'ayant examinée avec soin, je sondai, à l'aide d'un stylet très-fin, deux follicules d'un demi-pouce au moins de trajet, situés sur les parties latérales et inférieures de la vulve, puis deux autres sur les côtés du méat urinaire. Pendant cette exploration, la malade accusait une douleur vive, et disait que c'était bien là le siége des démangeaisons et des élancements; dans tout autre point, quelque rapproché qu'il fût de l'orifice des follicules, le contact du stylet ne déterminait aucune sensation pénible. J'incisai les deux premiers follicules et l'un des deux autres avec de petits ciseaux droits ; j'en cautérisai le trajet avec un crayon de nitrate d'argent. Des lotions avec de l'eau de guimauve furent conseillées pour calmer les douleurs de la cautérisation. Quatre jours après, je revis la malade ; elle avait été bien soulagée ; cependant elle m'indiqua, avec le doigt, le follicule situé à la partie inférieure droite de la vulve, comme étant le siége d'assez vives démangeaisons. Je parvins, après de minutieuses recherches, à introduire le stylet dans trois trajets de quatre lignes de profondeur, lesquels venaient aboutir en commun dans le fond du follicule déjà incisé, dont ils formaient des embranchements. Je les incisai aussi et les cautérisai. Sept jours après (16 janvier 1840), elle n'éprouvait presque plus de démangeaisons. J'incisai cependant un des follicules situé sur un des côtés du méat urinaire, et je le cautérisai ainsi que ceux que j'avais déjà opérés. Dès ce moment, elle n'éprouva plus de démangeaisons, mais seulement une vive cuisson due au contact des mucosités vaginales sur les petites plaies, dont la cicatrisation fut longue à s'opérer. Je suspendis tout traitement à cause de l'état avancé de la grossesse. Elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. L'abondance des lochies et les traitements débilitants qu'on lui avait fait subir antérieurement, ayant produit chez elle un état chlorotique, je lui prescrivis l'usage des ferrugineux. Sa santé se rétablit complétement, et quelques cautérisations avec un crayon de nitrate d'argent achevèrent de la guérir.

Les praticiens ne devront plus méconnaître l'affection signalée à leur attention dans cette note; mais, ce qu'il y a de plus important c'est qu'ils trouveront, dans le traitement indiqué, un moyen prompt d'en débarrasser leurs malades.

(*Ibidem.*)

22. *Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, et de leur ouverture pratiquée par le vagin ;* par HIPPOLYTE BOURDON, interne à l'Hôtel-Dieu, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

(Suite (1).

Anatomie pathologique.

Mon but étant de traiter seulement d'une manière générale les tumeurs fluctuantes du petit bassin, je dirai peu de chose sur les lésions anatomiques de chacune de ces affections. Je préfère citer des autopsies qui présentent quelque intérêt, et surtout celles dont j'ai été témoin ; elles serviront d'exemples, et remplaceront avantageusement, je pense, toutes les descriptions que je pourrais donner.

Pour les kystes, on sait, en effet, qu'ils prennent le plus souvent naissance dans l'ovaire, et qu'ils viennent ordinairement se loger dans l'excavation recto-vaginale. Leur structure a été étudiée depuis longtemps avec soin. On a remarqué que leurs parois étaient, en général, de la nature fibreuse, quelquefois cartilagineuse et qu'elles pouvaient même s'encroûter de matières calcaires. Pour ma part, j'ai trouvé une fois, dans l'épaisseur des parois d'une tumeur de ce genre, des parties osseuses ressemblant parfaitement à certaines portions du squelette d'un fœtus, et qui pouvaient faire croire à une grossesse extra-utérine ancienne.

Ledran a insisté beaucoup sur la fréquence de la transformation squirrheuse de ces kystes. D'autres productions accidentelles s'y développent aussi comme on peut le voir dans l'observation XVI. Leur cavité est tantôt unique, tantôt divisée par des cloisons plus ou moins complètes, ce qui leur a fait donner différentes dénominations. Les vaisseaux qui rampent à leur surface ou dans leurs enveloppes sont souvent très-développés. Enfin, la matière qu'ils contiennent est très-variable pour la nature, la consistance, etc.

Les foyers purulents intra-péritonéaux du petit bassin sont placés le plus souvent, comme les kystes, dans le cul-de-sac qui sépare le rectum du vagin. Nous avons vu plus haut que ces abcès dépendaient d'une inflammation du péritoine pelvien et qu'ils étaient circonscrits par de fausses membranes. Celles-ci sont plus ou moins épaisses et résistantes, et leur organisation est plus ou moins avancée. La face interne, que baigne le pus, et ce liquide lui-même offrent souvent une teinte d'un gris ardoisé ou noirâtre. Cela s'observe surtout quand la cavité a eu, pendant la vie, des communications avec l'air extérieur, soit directement au travers des parois de l'abdomen, soit indirectement, par l'intermédiaire d'un organe qui s'ouvre au dehors. Dans cette circonstance, le pus prend aussi une odeur fétide. Le péritoine voisin du foyer purulent, et quelquefois celui de toute la cavité abdomi-

(1) Voir le précédent volume de l'Encyclographie, page 485.

nale, présente des traces de phlegmasie aiguë ou chronique.

Les faits que je vais mentionner et que j'emprunte à la clinique médicale de M. Andral, donneront une idée exacte des affections dont je viens de parler.

Une femme, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siége dans l'hypogastre, derrière les os pubis, et qui se manifestait d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Lorsque la malade se présenta à la Charité, la douleur était devenue continue depuis un mois; mais elle avait diminué d'intensité. La pression de l'hypogastre etait douloureuse. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre, des sueurs fréquentes. On crut alors à une affection chronique d'un des ovaires ou d'une des portions du péritoine qui les entourent. (Sangsues, cat., etc.) Bientôt une diarrhée abondante s'établit; l'abdomen dans sa totalité devint tendu et douloureux, la malade s'affaiblit rapidement et succomba.

A l'autopsie, on trouva, dans le péritoine, les traces d'une inflammation aiguë, récente (sérosité trouble avec flocons fibrineux). La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées. Mais de plus on découvrit une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par de fausses membranes superposées, évidemment formées au sein du péritoine. L'utérus, les ovaires, la vessie et le rectum ne présentèrent aucune altération appréciable.

Une autre femme mourut à la Charité après avoir présenté, pendant assez longtemps, dans la partie droite de la région hypogastrique, une tumeur volumineuse, douloureuse au palper, et qui avait été regardée comme appartenant à l'ovaire. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la plus grande partie de l'excavation pelvienne était occupée par la tumeur considérable qui s'élevait de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis; elle faisait surtout saillie vers la région iliaque droite. Cette tumeur, creusée d'une cavité remplie de pus, n'appartenait à aucun des organes situés dans le bassin : les ovaires, en particulier, furent trouvés intacts.

Dans le cas suivant, on trouvera un exemple d'abcès intrapéritonéal lié à une affection de l'ovaire.

Une femme de 36 ans tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles; celles-ci se supprimèrent, et dès lors sa santé, bonne jusqu'alors, se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continuelle, vers la région hypogastrique; plus tard, elle fut prise de vomissements et d'une diarrhée abondante; enfin elle présenta les symptômes d'une pleuro pneumonie, à laquelle elle succomba 7 à 8 mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus et à gauche du rectum refoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange; elle était remplie d'un pus consistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume : cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus, dont la cavité aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de contact des deux tumeurs précédentes, il s'en élevait une troisième oblongue, à parois minces, transparentes; une sérosité limpide la remplissait. Un des poumons était hépatisé. L'estomac présentait à sa surface interne plusieurs larges plaques rouges, avec ramollissement et amincissement de la muqueuse; la même altération existait dans le gros intestin.

Les abcès extra-péritonéaux du petit bassin se rencontrent presque toujours dans les annexes de l'utérus, aü voisinage de cet organe, mais particulièrement dans l'épaisseur des ligaments larges. Les abcès se comportent là comme partout ailleurs, c'est-à-dire qu'il sont plus ou moins volumineux, tantôt diffus, tantôt circonscrits, etc... Cependant il est bon de noter qu'en se développant ils refoulent en haut le péritoine pelvien et que leurs parois, quand ils sont enkystés, acquièrent promptement de l'épaisseur, de la résistance, qu'elles deviennent fibreuses, comme lardacées, cartilagineuses même. On doit aussi remarquer que quand ces abcès surviennent après les couches, le pus qu'ils contiennent ressemble souvent plutôt à de la sérosités purulente qu'à du pus phlegmoneux; il contracte fréquemment aussi l'odeur fétide de la suppuration formée au voisinage du rectum, ou une odeur aliacée très-prononcée. Du reste, cette matière et les parois de l'abcès subissent les mêmes modifications que dans les abcès intra-péritonéaux lorsqu'il existe une perforation et communication de la cavité avec l'air atmosphérique. La teinte qui survient alors dans toutes ces parties s'étend parfois au péritoine environnant.

Les observations suivantes fourniront des exemples bien tranchés d'abcès extra-péritonéaux, et feront connaître différents modes de terminaisons mortelles de ces affections.

Observation troisième. — *Abcès situé entre la vessie et l'utérus; ouverture spontanée dans la cavité abdominale; péritonite suraiguë; mort; autopsie.*

Une femme de 21 ans, cuisinière, d'une bonne santé habituelle, entra cette année à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 24 (service de M. Chomel). Elle dit être accouchée naturellement il y a 15 jours, et avoir éprouvé le cinquième jour de ses couches, sans cause connue, des frissons, de la fièvre et une perte très-abondante, en même temps que les seins, d'abord gonflés, étaient devenus promptement flasques. Bientôt la peau se couvrit de sueur par intervalles; il survint des douleurs vives dans le ven-

tre, et la malade y découvrit une grosseur sensible à la pression.

A son entrée, elle était pâle et très-faible. Le pouls battait 130 fois à la minute. Les carotides offraient un bruit de souffle. Il y avait de la constipation sans nausées ni vomissements, de la dyspnée, de la toux, et l'auscultation faisait reconnaître un peu de râle sibilant dans la poitrine. On trouva dans l'hypogastre une tumeur douloureuse qui occupait tout son côté droit. Par le toucher on constata une chaleur vive dans le vagin, et on s'assura que le col utérin était très-élevé (deux petites saignées à un jour de distance. (Cat. Frict. Merc. Huile de ricin.) Les jours suivants il y eut peu d'amélioration dans les symptômes généraux. Cependant un bruit de souffle se fit entendre au premier bruit du cœur. Le quatrième jour, à la visite, la tumeur parut diminuée, et tout à coup, dans l'après-midi, il survint des symptômes de péritonite suraiguë. Le lendemain, la face décomposée exprimait la douleur et l'angoisse ; il y avait de l'oppression et des quintes de toux fatigantes ; le pouls, très-fréquent, était irrégulier et dépressible ; il y avait des vomissements bilieux avec soif très-vive, et impossibilité de boire une cullerée de liquide sans la vomir immédiatement. La tumeur était moins saillante, moins volumineuse, mais la douleur du ventre s'étendait à toute sa surface ; elle était extrêmement intense, surtout à droite, vers la fosse iliaque, et le poids des couvertures ne pouvait être supporté. Pas de selles depuis 24 heures (25 sangsues dans le aines. Cat, Bain. Huile de ricin). Les accidents allèrent en empirant ; les yeux s'excavèrent, devinrent ternes ; le pouls faiblit de plus en plus ; la peau des extrémités se refroidit, et la malheureuse succomba 48 heures après l'invasion de la péritonite.

A l'autopsie on trouva le péritoine viscéral d'un blanc laiteux ; le feuillet pariétal offrait une teinte opaline ; l'épiploon, très-friable, présentait plusieurs points d'une couleur pourpre. Dans la cavité péritonéale il existait un liquide louche, ressemblant à du petit lait mal clarifié. Les intestins, agglomérés en masse, étaient maintenus en place par l'épiploon, et leurs anses lâchement unies par de faibles adhérences. La membrane muqueuse intestinale était pâle et les follicules isolés. On examina avec soin la tumeur qui plongeait dans l'excavation pelvienne, et on reconnut qu'elle la remplissait presque complétement. Le cœcum et les portions voisines de l'intestin venaient y adhérer. L'épiploon se fixait à sa partie antérieure, et derrière ces adhérences on apercevait sur la tumeur une ouverture ovalaire ayant environ deux centimètres de longueur sur un centimètre de largeur. Le pourtour de l'orifice était tapissé par de fausses membranes, est c'est là surtout que les traces de péritonite étaient prononcées. Cette perforation faisait communiquer la cavité du péritoine avec un abcès du volume d'une grosse pomme. Le foyer contenait environ un verre de pus séreux tenant en suspension des flocons blanchâtres, et sa face interne était tapissée par une membrane qui représentait bien une membrane pyogénique. Les parois, épaisses de plusieurs millimètres, avaient une structure lardacée, presque cartilagineuse en divers points. La cavité de l'utérus, pouvant loger une noix, renfermait une petite quantité de sang. La face interne de cet organe était inégale, rugueuse. Ses parois étaient épaisses et l'antérieure se confondait, au niveau du col, avec la tumeur, dont elle formait comme la paroi postérieure. Le col utérin était effacé, et son orifice externe déchiqueté, irrégulier. Le vagin, dilaté, avait des parois minces. La vessie, très-pâle à sa face interne, présentait cependant quelques points ecchymosés. Le tissu cellulaire qui l'environne était infiltré de sérosité, de même que les ovaires. Quant aux autres organes, ils étaient, pour la plupart, anémiés et œdématiés.

Observation quatrième.—*Abcès situés dans les ligaments larges et derrière l'utérus. Péritonite aiguë générale. Mort. Autopsie.*

Dans le mois de mars dernier une malade était couchée salle Saint-Bernard (service de M. Chomel), à l'Hôtel-Dieu. On avait constaté la présence d'une tumeur derrière l'utérus, et le toucher avait présenté, dans cet examen, une particularité digne de remarque. C'était une succion exercée sur le doigt et déterminée par l'application immédiate des parois du vagin sur ce doigt, quand on le retirait de cette cavité. Ce phénomène tenait sans doute à la compression exercée par la tumeur sur le vagin. Le toucher par le rectum était impraticable, à cause d'un rétrécissement siégeant à l'extrémité inférieure de cet intestin. Une péritonite générale aiguë survint tout à coup et fit périr la malade en très-peu de temps. L'autopsie en fut faite le 18 mars, et on rencontra les lésions suivantes : deux abcès assez volumineux et parfaitement enkystés existaient dans le petit bassin. L'un d'eux, gros comme un œuf de poule, occupait le ligament large gauche, et descendait vers la partie supérieure et latérale correspondante du vagin. Il résultait sans doute de la suppuration de l'ovaire, car cet organe avait complétement disparu, et sa place était occupée par le foyer purulent, auquel adhéraient la trompe et le ligament rond du même côté. Le second abcès, analogue au premier pour le volume, était situé à sa droite, derrière la matrice, entre elle et le rectum. Mais on ne put trouver de communication entre ces deux tumeurs, malgré leur juxta-position. Elles renfermaient du pus séreux et d'une odeur légèrement fétide, stercorale. Leurs parois avaient une épaisseur d'un centimètre environ, une teinte d'un gris foncé, et elles étaient résistantes, comme lardacées. Au milieu du ligament large droit, on découvrit plusieurs petits foyers purulents d'une couleur ardoisée, dont le plus considérable, gros comme une noix, paraissait occuper l'ovaire correspondant ; cet organe était encore reconnaissable par sa structure.

Tous ces abcès, développés dans le tissu cellulaire qui entoure l'utérus, avaient refoulé le péritoine supérieurement. Celui-ci, à leur voisinage, était recouvert de fausses membranes, et dans toute sa cavité on rencontrait les traces d'une péritonite aiguë récente.

— La fluctuation des abcès dont nous venons de parler n'a pas été reconnue pendant la vie, sans

doute, parce que le toucher rectal ne pouvait être pratiqué et par conséquent employé concurremment avec le toucher vaginal. M. Chomel, dans des affections analogues, met ordinairement en usage ce procédé complexe, qui eût permis probablement, dans ce cas particulier, de constater la présence d'un liquide et fait naître certainement l'idée de lui créer une issue par le vagin.

Observation cinquième. — *Abcès du ligament large; incision pratiquée à l'hypogastre; huit jours après, ouverture spontanée de la tumeur dans la cavité abdominale; péritonite. Mort. Autopsie.*

Une nommée Fontaine, âgée de 26 ans, domestique, accoucha naturellement à la Maternité le 21 mars 1841. Dès le surlendemain, avant l'apparition de la fièvre de lait, elle fut prise de dévoiement et d'une douleur très-vive dans le bas-ventre. Le sixième jour, de la céphalalgie et une fièvre intense vinrent s'ajouter (saignée). Les jours suivants, il y eut un peu de mieux et la malade sortit de l'hôpital encore très-souffrante. Arrivée chez elle survint tout à coup du frisson avec nausées, vomissements et douleurs dans l'émission des urines. Elle entra avec ces symptômes, le 3 avril, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 19 (service de M. Récamier). A la visite on constate que le ventre est très-sensible à l'hypogastre, et que l'utérus dépasse les pubis d'environ 3 centimètres. Le toucher vaginal produit de vives douleurs quand on presse sur le museau de tanche et sur l'utérus, qui est gros comme un œuf de dinde. La pression exercée sur le bas-fond de la vessie est douloureuse, et tout l'intérieur du vagin est très-chaud et très-sensible. Il y a un peu d'écoulement blanc sans odeur. Par le rectum on constate le volume et la sensibilité de l'utérus, et de plus l'intégrité des ligaments larges. Le pouls est à 100; il est vif, mais sans dureté. La diarrhée continue. De plus, il y a de la toux et quelques crachats muqueux. (Sangsues, ventouses scarifiées, bains, Cat.) Le 7 la fièvre est tombée; l'utérus est revenu presqu'à son état normal, mais par le palper et le toucher on constate, à sa gauche, dans le ligament large, la présence d'une tumeur grosse comme une pomme, dure, régulière et douloureuse. A cause de sa position élevée, on est obligé de refouler fortement en haut le cul-de-sac du vagin pour pouvoir sentir sa partie inférieure. (Sangsues, Cat. Calomel. Frict. merc.)

Quelques jours après il survint un peu de frisson, des battements et des élancements dans la tumeur. Celle-ci se dessina à l'hypogastre, et le 25 on y sentit une fluctuation manifeste qu'on rendit plus superficielle par l'application d'une ventouse. Enfin, la suppuration ne se dirigeant pas du côté du vagin ni du rectum, on se décida à faire une eschare sur la paroi abdominale. Le lendemain une nouvelle application du caustique de Vienne fut faite, et le 2 mai on reconnut que les parois du ventre, au niveau de l'eschare, ne glissaient plus sur la tumeur, ce qui fit supposer nécessairement que l'adhérence était formée. Alors on incisa dans le fond de l'eschare, et à l'instant il sortit environ un verre et demi de pus bien lié, mais répandant une odeur légèrement alliacée. On plaça une mèche dans l'ouverture, et on recommanda à la malade de se coucher sur le côté gauche.

Quelques jours après l'opération, le pus ayant pris une odeur fétide, on fit des injections d'eau tiède dans le foyer. Le 10 mai, à peine une cuillerée de liquide était-elle arrivée dans la cavité, que la malade éprouva des douleurs très-vives dans le ventre, et on fut obligé de suspendre l'injection. Dans la journée, il y eut quelques frissons, deux lipothymies, et dès ce moment se succédèrent tous les symptômes d'une péritonite aiguë des plus graves. Cette maladie, de générale qu'elle fut d'abord, parut se limiter au côté gauche et inférieur du ventre. Elle passa à l'état chronique, malgré tout ce qu'on put faire : la fièvre continua, il survint des sueurs nocturnes, une diarrhée abondante et involontaire, un épuisement progressif, et la malade succomba le 30 mai, deux mois environ après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Dans l'abdomen, les intestins sont pelotonnés, adhérents entre eux, avec les organes voisins et la paroi antérieure du ventre, au moyen de fausses membranes ou de tissu cellulaire lâche. Le péritoine est presque partout d'un gris ardoisé, et le tissu cellulaire sous séreux est injecté. Il y a un épanchement péritonéal assez abondant formé par un liquide séro-purulent d'une couleur grisâtre, sale, dans lequel nagent des flocons de diverses formes, des portions de pseudo-membranes. On trouve même, entre les intestins agglomérés, au milieu des adhérences, un assez grand nombre de foyers purulents. L'un d'eux, pouvant loger un œuf de poule, communiquait avec le thorax à travers une perforation du diaphragme. Un autre, à peu près de la même capacité, placé dans un cul-de-sac recto-vaginal, s'ouvre dans le rectum. Enfin on trouve dans la partie supérieure du ligament large gauche la tumeur qu'on avait reconnue et incisée pendant la vie. Elle a le volume d'une moyenne pomme et renferme quelques cuillerées de pus grisâtre. Ses parois, épaisses de 3 millimètres, offrent à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte de gris foncé. Ses rapports sont les suivants: En dedans elle répond au bord gauche de l'utérus, qui est fortement incliné du côté droit, et à la collection purulente anté-rectale; en dehors, à la fosse iliaque gauche, sa paroi inférieure est formée, en grande partie, par la trompe et l'ovaire abaissés fortement (la face supérieure de ces organes qui est baignée par le pus présente la teinte de ce liquide et un léger degré de ramollissement); la paroi supérieure de la tumeur est en rapport avec le péritoine, doublé de fausses membranes; l'antérieure répond au côté gauche de l'hypogastre, et on constate qu'elle a contracté des adhérences très-épaisses et très-solides avec la face postérieure de la paroi abdominale, au niveau de l'eschare. Dans aucun point de ces adhérences qui entourent l'ouverture pratiquée on ne trouve le moindre décollement, le plus petit pertuis. Le foyer en arrière est appuyé sur le rectum, avec lequel il a des adhérences partielles. Sur cette paroi postérieure, recouverte de fausses membranes et un peu supérieurement, on

découvre une perforation à bords amincis, ulcérés, du diamètre de 3 centimètres au moins, qui permet au liquide purulent de l'abcès de s'épancher dans le péritoine. L'utérus n'offre pas de lésion. Il en est de même de ses annexes du côté droit. La seule altération que présente le vagin, c'est une coloration rouge-brun de la membrane muqueuse. Rien d'anormal dans les autres organes.

— Cette observation offre plusieurs points intéressants à considérer. D'abord elle confirme pleinement l'idée émise par M. Piolay dans sa Thèse inaugurale, savoir, que l'inflammation de l'utérus précède presque toujours le phlegmon des annexes de cet organe, opinion qui est aussi émise dans l'ouvrage de M. Nauche sur les maladies de la matrice. Ensuite elle nous fournit un bel exemple d'ouverture spontanée d'abcès dans la cavité du péritoine. Cette perforation, qui coûta la vie à la malade, se fit par ulcération huit jours après l'opération. Les symptômes qui signalèrent sa formation surgirent tout à coup après une injection faite dans la cavité. On fut donc un moment porté à croire que, pendant les manœuvres qu'exigea l'injection, il s'était fait un décollement des adhérences établies entre la tumeur et les parois abdominales. Mais l'autopsie démontra plus tard qu'il n'en était rien. Plusieurs docteurs et entre autres M. Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, présents à l'examen de la pièce, ont vérifié avec nous l'intégrité des adhérences et ont reconnu que la perforation était placée sur la paroi postérieure de l'abcès, et un peu en haut; ils ont vu enfin qu'elle était éloignée de la plaie des téguments de plus de 3 centimètres, profondeur à laquelle on ne faisait jamais pénétrer la canule de caoutchouc qui servait à conduire le liquide injecté. Si je n'attribue pas la perforation à une violence, je présume cependant que le jour où la péritonite a débuté si brusquement il est entré un peu d'eau tiède dans le péritoine, pendant l'injection, malgré le peu de force avec laquelle celle-ci fut faite, car immédiatement la malade a éprouvé une sensation particulière, et une vive douleur dans le ventre, ce qui a engagé à suspendre l'injection au premier jet. Mais tout porte à croire que la perforation a été produite par l'ulcération. D'ailleurs, une lésion analogue existait dans deux abcès intra-péritonéaux, dans lesquels on n'avait pas fait d'injection.

Enfin, le cas intéressant que nous venons de rapporter prouve, avec beaucoup d'autres cités dans ce travail, qu'il est avantageux de donner, aussitôt qu'on le peut, issue au pus dans un point favorable à son écoulement. Il est très-probable, en effet, que le résultat eût été bien différent, s'il eût été possible d'ouvrir l'abcès par le vagin et d'éviter ainsi la stagnation du pus dans le fond du foyer; cette circonstance explique, jusqu'à un certain point l'ulcération et la perforation de la paroi postérieure de la tumeur. Mais on a fait ce qui était possible : on a pratiqué l'ouverture sur une eschare profonde, à la région hypogastrique, peut-être à une époque où l'ulcération commençait déjà à se former. Toujours est-il que l'issue offerte par l'art n'a malheureusement pas empêché la perforation de se faire et la malade de succomber.

On peut rapprocher de ces cas d'abcès extra-péritonéaux une autopsie (1) qui fut faite en 1836 dans le service de M. Velpeau à la Charité. On trouva dans le petit bassin d'une femme une énorme collection de pus placée entre l'utérus et le rectum, et s'étendant jusque dans la fosse iliaque. Je suis fâché de n'avoir pas d'autres détails à ajouter.

Il me resterait à parler des abcès développés dans les organes du petit bassin, ou plutôt dans l'épaisseur de leurs parois. Mais ces affections, du reste très-rares, n'offrent aucune particularité à noter, si ce n'est que quand elles sont placées entre les membranes de la vessie ou du rectum, le pus est ordinairement disposé en nappe ou disséminé.

Si chaque espèce de tumeur fluctuante du petit bassin a, en quelque sorte, ses caractères anatomiques propres, il y a certaines lésions qu'on peut rencontrer indifféremment dans toutes ces tumeurs. Ce sont : des traces de phlogose plus ou moins ancienne, des ramollissements, des ulcérations, des perforations même. On trouve souvent des solutions de continuité qui font communiquer la cavité d'une tumeur tantôt avec la séreuse péritonéale, tantôt avec l'extérieur. Dans ce dernier cas, si l'organe par l'intermédiaire duquel la communication s'est établie sert de reservoir à quelques matières excrémentitielles, il est possible qu'une quantité quelconque de ces matières pénètre dans la tumeur et y entretienne de l'inflammation. On trouve dans la science bon nombre d'exemples de ces sortes d'accidents; nous avons même eu déjà occasion d'en citer plusieurs. Ces solutions de continuité ne sont pas toujours le fait d'un travail inflammatoire, d'une ulcération; elles peuvent dépendre d'une rupture survenue accidentellement dans les parois de la tumeur, ou consister en un simple décollement des adhérences qui circonscrivent un foyer purulent dans péritoine.

On rencontre très-fréquemment des altérations du côté du péritoine, de l'utérus, etc., dans les autopsies de tumeurs fluctuantes du bassin; mais ces complications, dont je ne dirai que quelques mots, sont les mêmes, que l'affection première soit un kyste ou un abcès.

J'ai parlé à l'article symptomatologie des troubles qu'on observe souvent dans les fonctions du rectum, de la vessie et de l'utérus, pendant le cours de ces maladies. A l'autopsie, on en trouve presque toujours l'explication dans quelques changements de rapport ou de forme survenus dans ces organes et produits par la tumeur.

La fin du gros intestin est quelquefois déviée latéralement, et son calibre diminué ne permet souvent pas l'introduction du doigt. M. Andral (2) a vu un cas où, comme cause d'une très-ancienne constipation avec dépérissement progressif, on trouva dans l'excavation du bassin une poche volumineuse, pleine de pus, développée dans le péritoine, à parois dures, comme fibreuses; elle occupait la place du rectum, qui, aplati sur elle comme

(1) Thèse de M. Fichot.
(2) Clinique médicale, t. II, p. 725.

un ruban, était fortement dévié à droite et n'était plus en rapport avec le sacrum.

On trouve souvent la vessie portée dans un sens ou dans l'autre; elle est presque constamment déformée, déprimée : on a vu plusieurs fois sa cavité presque entièrement effacée par la compression. Lorsque la tumeur est volumineuse, et qu'elle descend assez bas dans la cavité du bassin, le canal de l'urètre est ordinairement déplacé : son extrémité vésicale est abaissée plus ou moins; de sorte que, pour pénétrer dans la vessie, l'algalie ne contourne plus l'arcade du pubis, mais suit une ligne oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Dans quelques cas même ce canal est tellement tiraillé en bas, qu'il décrit une courbure à concavité antérieure. On conçoit qu'alors le bas-fond de la vessie doit aussi être considérablement abaissé, descendu du côté de la vulve. D'autres fois l'urètre est comprimé et aplati au point que le cathétérisme est tout à fait impraticable.

Nous avons déjà parlé des changements que le vagin pouvait éprouver dans son calibre, et de la gêne qui en résultait pour la menstruation et toutes les fonctions génératrices. On observe aussi très-fréquemment, dans les mêmes cas, des déplacements, des inclinaisons ou des flexions de l'utérus. Mais il est trop facile de comprendre le mécanisme de tous ces changements de position et de forme, pour que je m'arrête plus long-temps à leur description.

Diagnostic.

Quand on cherche à reconnaître une tumeur anormale placée dans l'excavation du bassin, et lorsqu'on veut y constater d'une manière positive la présence d'un liquide, on est exposé à commettre une foule d'erreurs. Aussi est-il nécessaire d'en être averti, afin de se tenir sur ses gardes.

Par exemple, des matériaux destinés à être excrétés s'amassent souvent en plus ou moins grande quantité dans leurs réservoirs : ces organes, distendus plus qu'à l'ordinaire, peuvent alors simuler une tumeur morbide. La vessie, en particulier, lorsqu'elle est remplie d'urine, peut être très-facilement prise pour une tumeur fluctuante du petit bassin; et cette méprise est d'autant plus possible qu'en se développant, la vessie se porte quelquefois dans un des côtés de l'excavation pelvienne. Christian donne les caractères suivants pour distinguer le déplacement de cet organe : on trouve une tumeur qui s'étend sur le côté du bassin, jusqu'au sacrum; et quoique ses limites soient en général circonscrites, sa base est pourtant un peu diffuse. Son volume varie en raison de la quantité de fluide accumulé dans la poche. Si on l'examine pendant le travail de l'accouchement, on remarque que les contractions utérines lui donnent de la tension et une élasticité évidente. Après le cathétérisme, la tumeur s'affaisse complétement; et l'on peut sentir à travers ses parois, sur les côtés du vagin, la sonde se porter d'avant en arrière, dans une direction horizontale, la convexité dirigée en bas.

C'est pour éloigner ces causes d'erreur que j'ai dit plus haut qu'on devait toujours s'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum avant de se livrer à un examen sérieux.

L'utérus développé par le produit de la conception, par un corps fibreux, par un polype ou par l'inflammation, a fait croire quelquefois à la présence d'une tumeur anormale dans le bassin. Les déplacements et les flexions de cet organe peuvent aussi en imposer. Mais, dans le plus grand nombre des cas, les moyens explorateurs que j'ai indiqués, et principalement les deux touchers pratiqués simultanément, permettent de distinguer l'utérus des tumeurs qui l'avoisinent.

Parmi les exemples multipliés de diagnostic difficile que je pourrais citer, et dans lesquels un organe quelconque du bassin a été pris pour une tumeur morbide, je rapporterai seulement celui ci:

Une femme de 32 ans, blanchisseuse, ayant eu trois fausses couches et six enfants, dont le dernier depuis huit mois, éprouvait, depuis cette époque, une douleur dans le côté gauche du ventre, de la constipation, des envies fréquentes d'uriner, même dans la position horizontale, et elle toussait continuellement. Du reste, pas de gêne dans les mouvements du membre inférieur gauche, pas d'envies de vomir, ni de hoquet; mais ventre ordinairement développé et sensation de boules mobiles dans l'abdomen. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 12 (service de M. Récamier), dans l'état suivant : teint pâle, physionomie de souffrance, maigreur de tout le corps, respiration difficile et fréquente; toux, crachats muqueux; râles ronflants et sibilants dans plusieurs points de la poitrine; douleur dans le côté gauche de l'hypogastre exaspérée par le palper; tumeur très-sensible, dure, placée dans la profondeur du petit bassin, du côté correspondant à la douleur.

Le toucher vaginal ne fait rien reconnaître d'anormal au col de l'utérus, si ce n'est qu'il est un peu porté à droite; mais à sa gauche on sent une tumeur dure, globuleuse, du volume d'un petit œuf de poule, dont la position et les caractères sont constatés de même par le rectum. Constipation, un peu de frisson le soir, léger mouvement fébrile avec chaleur et suivi de sueurs.

On croit à un engorgement phlegmoneux du ligament large gauche commençant à suppurer. (Émissions sanguines locales. Bain. Cat. Lav.)

Quelques jours après, l'état de la malade s'est amélioré. On veut s'assurer des changements survenus dans la tumeur, et en pratiquant le toucher par le rectum et le vagin, ce qu'on n'a pas fait au premier examen, on ne trouve pas le corps de l'utérus à sa place ordinaire, et on constate que c'est lui-même qui, incliné à gauche, simule une tumeur du ligament large.

Cette femme se rétablit assez promptement de sa maladie, qui n'était autre chose qu'un déplacement de l'utérus avec péritonite chronique circonscrite. Toutefois, il faut dire qu'elle conserva son inclinaison de matrice, des adhérences solides s'étant formées, et qu'elle continua à soufrir encore pendant quelque temps en marchant.

Des tumeurs développées dans l'abdomen et descendues vers le détroit supérieur du bassin peuvent être confondues avec les mêmes affections procédant

de l'excavation pelvienne et remontant dans le ventre.

Ainsi on a pris des kystes du foie, de la rate ou des épiploons pour des hydropisies enkystées de l'ovaire. Cependant, la direction qu'a suivie la tumeur en grossissant, les antécédents, le toucher et les autres modes d'exploration éclairent le plus souvent la question.

Une affection assez fréquente, et sur laquelle l'attention est fixée depuis plusieurs années, pourrait peut-être simuler plus facilement une tumeur du petit bassin, et en particulier un engorgement du ligament large. Je veux parler du phlegmon de la fosse iliaque. On reconnaîtra néanmoins la tumeur de l'excavation pelvienne qui remonte dans l'hypogastre (car c'est dans cette condition que la méprise est surtout possible) à sa situation moins latérale, à sa mobilité plus ou moins grande, à l'absence de symptômes du côté des membres inférieurs, œdème, engourdissement, douleurs, rétraction, claudication, symptômes sur lesquels M. Grisolle insiste beaucoup dans son mémoire. Le toucher fournira encore ici des renseignements, tandis qu'il n'en donne aucun dans le cas de phlegmon iliaque; à moins que celui-ci ou l'abcès qui lui succède ne s'étende jusque dans le ligament large, et ne s'approche ainsi du vagin et du rectum. D'autres circonstances serviront encore à faire cette distinction. D'abord le phlegmon de la fosse iliaque est bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme; tandis que l'engorgement du ligament large ne s'observe nécessairement que chez cette dernière, et ordinairement à la suite des couches ou de troubles de la menstruation. Ensuite l'inflammation iléo-cœcale ne se montre jamais à gauche, tandis que l'engorgement du ligament large se rencontre aussi souvent d'un côté que de l'autre. Enfin, dans le premier cas, il y a des vomissements, de la fièvre, et des alternatives de constipation et de diarrhée, accidents tout à fait exceptionnels dans les dernier, et qui, lorsqu'on les observe, dépendent ordinairement d'une métrite coexistante.

Les difficultés qu'on rencontre dans certains cas pour trouver la fluctuation ont fait croire souvent à des tumeurs fibreuses ou cancéreuses de l'utérus et de ses annexes, à des dégénérescences des ganglions lymphatiques du bassin, enfin à des tumeurs solides quelconques, tandis qu'il existait une poche, à parois plus ou moins épaisses, renfermant un liquide, et susceptible d'être ponctionnée ou incisée avec succès. Je renvoie pour ce diagnostic aux procédés que j'ai indiqués à l'article *Symptomatologie*, procédés à l'aide desquels on s'assure de la fluctuation. J'ai cité dans ce chapitre plusieurs circonstances qui peuvent gêner dans cette recherche difficile. J'ajouterai ici que la situation de la tumeur sur la partie latérale du vagin est une des plus mauvaises conditions qu'on puisse rencontrer, surtout quand on ne peut introduire plus d'un doigt dans le vagin. Cette condition fâcheuse s'est présentée dans les deux cas que je vais rapporter sommairement.

Observation sixième. — *Abcès du petit bassin pris pour une affection cancéreuse de l'utérus. Incision de la tumeur devenue très-volumineuse, sortant par la vulve et présentant une fluctuation manifeste; suppuration abondante. Mort. Autopsie.*

M. Nathalis Guillot donna des soins à une malade qui lui avait été adressée par un praticien fort recommandable comme atteinte d'un cancer de l'utérus. Cette femme, âgée de 25 ans environ, d'une apparence de bonne santé et n'offrant pas le teint jaune-paille caractéristique, souffrait depuis plusieurs mois.

Elle fut examinée avec soin, et, en touchant par le vagin, on reconnut une tumeur proéminant fortement dans cette cavité. Sa base, très-large, était tournée à droite. Cette tumeur, qui remontait jusque dans le côté droit de l'hypogastre, était assez régulièrement sphéroïde, élastique, et M. Guillot crut même y rencontrer de la fluctuation. Il faut noter toutefois qu'un seul doigt servit à cette exploration, qui ne put être faite jusqu'au museau de tanche; la tumeur exerçait une telle compression sur le vagin, qu'une sonde d'argent pouvait seule passer entre elle et les parois de ce canal. On songea à ouvrir la tumeur par le vagin; mais le chirurgien qui avait adressé la malade ne fut pas de cet avis. Il persista à croire qu'on avait affaire à un cancer, la fluctuation étant équivoque pour lui et une sensation analogue à ce phénomène se rencontrant souvent dans certaines tumeurs encéphaloïdes. La ponction vaginale fut donc ajournée.

Cependant la tumeur grossissait tous les jours, et devenait de plus en plus saillante dans le vagin. Enfin, elle sortit par la vulve; et l'examen étant alors des plus faciles, la fluctuation fut évidente pour tous. On fit l'ouverture sur la partie déclive de la tumeur, au dehors des organes génitaux. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de pus, et on fut obligé de reconnaître dans cette tumeur un abcès ou un kyste en suppuration.

L'opération, très-simple, fut faite sans accidents; mais par la suite, la tumeur suppura beaucoup et longtemps, la femme s'affaiblit progressivement et mourut.

M. Guillot, qui m'a raconté lui-même ce fait, pense que l'entrée de l'air dans le foyer a été une des causes principales de la mort.

L'autopsie permit de constater que le kyste était placé dans le ligament large droit, et fit présumer qu'il avait pris naissance dans l'ovaire correspondant.

En réfléchissant à ce cas digne d'intérêt, on peut se demander si l'ouverture n'a pas été trop tardive. En effet, à l'époque de l'opération, la tumeur avait acquis un développement considérable, la femme avait déjà perdu de ses forces, et sa santé était notablement altérée. Toutes ces conditions étaient peu avantageuses pour la guérison.

Dans des circonstances analogues, le toucher étant insuffisant pour poser le diagnostic, on devra s'appuyer sur certains renseignements tirés de l'âge de la malade, de son teint, de la nature des symptômes et de leur marche. La ponction exploratrice

ne pourrait-elle pas aussi aider beaucoup le praticien embarrassé?

Le second fait, extrêmement heureux pour le résultat, est celui-ci :

Observation septième.—*Kyste acéphalocyste du petit bassin incisé largement au travers des parois du vagin. Guérison.*

M. Roux, voulant un jour extirper une tumeur dure, rénitente, placée sur le côté droit du vagin et remontant jusqu'au dessus du pubis, incisa le vagin dans toute sa hauteur. Ce habile chirurgien croyait à une tumeur solide; mais, au premier coup de bistouri, il s'écoula une grande quantité de liquide incolore et des milliers d'acéphalocystes de toute grosseur. On agrandit l'ouverture, et alors une membrane d'un blanc perlé vint se présenter sur les bords de la plaie. On la saisit avec des pinces, et, en faisant de douces tractions, on la détacha peu à peu et on finit par l'amener tout entière au dehors. Cette membrane, qui tapissait la face interne du kyste, était très-grande et constituait sans doute ce que les auteurs nomment acéphalocyste-mère. On remplit la plaie de bourdonnets de charpie; les jours suivants on fit des injections, et la guérison ne se fit pas attendre (Clinique des Hôpitaux. Tome. II, n° 46).

Pronostic.

D'après tout ce que nous avons dit précédemment, il est facile de se convaincre que les tumeurs fluctuantes de l'excavation du bassin sont toujours des affections dangereuses. Cependant leur degré de gravité varie beaucoup, suivant leur nature, leur volume et leur position. Toutes ne compromettent pas la vie des malades à la même période de leur développement.

Ainsi, un kyste séreux ou acéphalocyste, bien qu'il puisse déterminer la mort, offre néanmoins un danger moins grand et surtout moins imminent qu'un abcès; mais, en revanche, celui ci présente plus de chances de guérison par ouverture naturelle ou artificielle.

Ce qui rend la gravité de l'abcès plus grande, c'est qu'il se développe ordinairement dans des circonstances défavorables, comme l'état puerpéral, ou une disposition phlegmasique existant dans tout le bassin; qu'il est précédé de symptômes inflammatoires quelquefois très-intenses, et qu'il s'accompagne nécessairement d'accidents plus ou moins redoutables de suppuration.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs, kystes ou abcès ont plus de gravité quand elles existent dans la cavité péritonéale que lorsqu'elles sont situées sous le péritoine. Dans le premier cas, la moindre rupture des parois de la poche, le moindre décollement des adhérences qui circonscrivent le liquide produit un épanchement suivi immédiatement de péritonite. En outre, l'inflammation de la tumeur peut se communiquer plus facilement au péritoine voisin et de là à toute la membrane séreuse. Enfin, ce qui rend encore le pronistic des tumeurs intra-péritonéales plus fâcheux, c'est qu'on peut rarement les attaquer par le vagin, à cause de leur situation plus élevée.

Les tumeurs extra-péritonéales, au contraire, exposent moins à la péritonite par extension de la phlegmasie ou par épanchement; elles descendent souvent assez bas pour permettre de pratiquer une opération sur laquelle je vais insister d'une manière particulière.

J'ajouterai que parmi les abcès extra-péritonéaux, comme parmi les autres, ceux qui sont constitués en foyer offrent moins de danger que ceux qui sont diffus, à cause des fusées purulentes et des décollements auxquels on est exposé dans le dernier cas.

Il est presque inutile de rappeler ici que, pour pouvoir prédire l'issue des tumeurs fluctuantes du petit bassin, on doit, comme dans toutes les maladies, tenir compte de l'âge du sujet, de sa constitution, des antécédents, des complications, etc... On doit aussi faire tous ses efforts pour s'assurer si l'abcès est idiopathique ou s'il dépend d'une autre affection, comme une tumeur blanche de l'articulation coxofémorale, une carie des os du bassin ou des vertèbres. Tout le monde sait, en effet, que les abcès symptomatiques sont toujours très-graves.

(*La suite au prochain cahier.*)

Revue médicale. — Août.

---

23. *De la métrorrhagie passive chez les jeunes filles, et de son traitement.*

A l'époque de la vie où nous nous proposons, dans cet article, d'étudier la métrorrhagie, il semble quelle doive présenter rarement le caractère de passivité : la grande vitalité dont jouit alors l'utérus, en même temps que les autres organes de la vie sexuelle, si nous pouvons ainsi dire, semblerait exclure en effet une maladie de ce caractère. Aussi les auteurs, préoccupés de cette inactivité physiologique, d'ailleurs bien réelle, et que tant de phénomènes non équivoques traduisent à l'observation la plus superficielle, signalent-ils à peine, chez les jeunes filles nouvellement pubères, quelques cas de métrorrhagie marquée du caractère véritable de la passivité. Dugès, dont l'exellent esprit d'observation est reconnu de tous aujourd'hui, admettait bien lui-même que quelques hémorrhagies survenant dans les circonstances particulières que nous supposons dans ce moment, devaient être, dans quelques cas, considérées comme passives, en ce sens qu'elles commandaient une médication stimulante, tonique; mais en même temps il posait en principe qu'elles n'avaient pris que secondairement ce caractère, et qu'à leur début elles avaient été nécessairement actives. C'est là, nous le croyons, un principe qu'on a eu tort de généraliser, et dont l'application rigoureuse dans la pratique pourrait entraîner les conséquences les plus graves. A mesure que nous nous éloignons de l'époque où la doctrine physiologique asservissait tous les esprits à son idée, nous comprenons mieux la vie d'ensemble, et nous concevons qu'une maladie locale peut résulter d'un état anormal de l'économie tout en-

tière, ou d'un des grands systèmes de l'organisme, tout comme nous concevons qu'une maladie locale, qu'un traumatisme quelconque peut réagir loin de son foyer, et comprendre tout l'organisme ou une partie de l'organisme dans la sphère de cette réaction.

Il est un certain nombre de constitutions caractérisées par une sorte de rigidité de la fibre vivante, qui retardent et rendent difficile, laborieux l'établissement de la menstruation. Les jeunes filles qui sont placées dans ces conditions physiologiques présentent, à l'âge ordinaire de la vie où cette fonction tend à s'établir, l'ensemble des phénomènes qui accuse la direction spéciale des forces vers l'appareil organique de la vie sexuelle. Ainsi, le molimen menstruel qui survient d'une manière irrégulièrement intermitente, se traduit à l'observation par des douleurs dans le bas-ventre, les reins, par l'apparition d'un flux leucorrhéique non continu, par des bouffées de chaleur à la face, des picotements dans les glandes mammaires, qui se gonflent et s'affaissent alternativement; mais dans un grand nombre de cas, ces effets, dont le but physiologique est bien évident, avortent pendant un temps plus ou moins long, et la menstruation ne s'établit point. On a remarqué depuis longtemps que les jeunes filles qui habitent ordinairement la compagne, mais qui n'y emportent point, comme nos jeunes citadines, l'oisiveté passionnée des villes, qui s'y livrent, pendant une grande partie du jour, au travail en plein air, et dont le teint hâlé trahit les habitudes laborieuses, sont généralement menstruées beaucoup plus tard que celles qui habitent les villes et vivent en quelque sorte sur place. Ce fait, qui résulte de l'observation de médecins sans nombre, nous le maintenons comme expression exacte de la vérité, malgré l'assertion contradictoire d'un statisticien moderne, qui s'imagine avoir le droit de s'inscrire en faux contre l'expérience des siècles, en s'appuyant de cinquante faits irréprochablement numérotés, où les choses paraissent ne s'être point tout à fait passées ainsi. La raison de la tardivité de la fonction menstruelle, dans les conditions dont il s'agit en ce moment, nous paraît résider principalement dans cette rigidité de la fibre vivante dont nous parlions tout à l'heure. L'utérus, dans cet état, s'oppose en partie à l'accès du sang dans son tissu, les bouches exhalantes des vaisseaux, fermées par cette force de constriction, ne laissent point échapper ce liquide au dehors. Le sang reste ainsi dans l'économie, et quand le molimen qui tendait à l'expulser, a cessé, il rentre dans la circulation générale, et, instrument de la nutrition, il tourne ainsi au profit du développement de l'organisme. C'est là sans contredit une des causes de la plus grande vigueur, du plus grand développement que présentent généralement les jeunes filles qui habitent la compagne. Il résulte de cette observation un premier enseignement, c'est que, dans beaucoup de circonstances, la menstruation est une fonction qui s'établit lentement, et dont les préludes durent un temps plus ou moins long. Dans ces cas, il faut savoir respecter les procédés de la nature, et ne point vouloir aller plus vite qu'elle en besogne. Ils ne sont point rares cependant les médecins qui, ne concevant cette marche prudemment lente des forces évolutives de l'organisme, prennent au mot en quelque sorte ces premières tendances, et s'empressent, par une médication plus ou moins énergique, de leur prêter un secours inutile, s'il n'est dangereux. Combien de jeunes filles placées dans ces conditions sont tous les jours tourmentées, fatiguées par l'emploi plus ou moins méthodique de toute la série des moyens dits emménagogues, et qui ne sont souvent utiles qu'autant qu'ils demeurent impuissants! Mais il est bon nombre de sujets qui ne sont point dans ce cas; leur constitution innée ou acquise est caractérisée par un certain degré de laxité de la fibre vivante; souvent à cette condition de l'organisme se trouve jointe une sensibilité exagérée, et alors la menstruation s'établit avec une sorte de précocité morbide; au premier appel du sang vers l'utérus, celui-ci s'en échappe comme à travers une éponge inerte. Souvent en pareille circonstance les premières menstruations sont de véritables hémorrhagies. Aussi bien voyez quelle influence fâcheuse ces pertes de sang exercent souvent sur un organisme non encore mûr, si nous pouvons ainsi parler, pour cette fonction : soit que ces menstruations s'établissent immédiatement d'une manière régulière, soit, ce qui arrive le plus communément, qu'elles se montrent plus fréquemment, chaque hémorrhagie laisse la malade dans un état de faiblesse marquée, et la chlorose peut survenir alors, comme dans d'autres cas on la voit se développer dans un état aménorrhéique. M. Duparcque, qui a fait une étude consciencieuse des maladies des organes génitaux chez les femmes, cite dans son livre plusieurs cas remarquables d'engorgement sanguin de la matrice, qui lui a paru lié à une série d'efforts menmenstruels sans résultats; plusieurs des faits qu'il cite pour appuyer son idée, nous paraissent avoir été exactement interprétés. Toutefois, il faut bien savoir que pendant longtemps les médecins trop préoccupés de la théorie de Broussais, et comme fascinés par ce hardi généralisateur, ont vu des métrites là où il existait d'autres états morbides; à cette époque d'ailleurs, il n'y avait pas une seule malade, pour peu qu'elle accusât quelques légers symptômes du côté de l'appareil génital, qu'on ne condamnât sur-le-champ à un repos absolu; or, il est surabondamment prouvé aujourd'hui pour tout le monde, que le repos était souvent funeste, soit qu'il exagérât l'état général dont ces phénomènes locaux étaient une des expressions, soit que simplement il favorisât, il perpétuât une stase sanguine dans quelques cas réelle. Que si, chez les jeunes filles qui se livrent aux rudes travaux de la campagne, il est si fréquent de voir la menstruation ne s'établir que d'une manière lente et graduelle, et si rare de voir l'utérus devenir malade à la suite de ces molimens hémorrhagiques multipliés et sans résultat, il est impossible de ne point admettre que cette différence ne doive être en grande partie attribuée à la vie active que mènent ces dernières, et qui tend à la fois à développer une constitution capable d'une réaction puissante, et à prévenir toute stase sanguine. Ce n'est point dans de pareilles conditions qu'on voit survenir ordinairement

ces états de congestion, d'engorgement sanguin; ce n'est point non plus alors qu'on observe les métrorrhagies passives chez les jeunes filles pubères, dont nous allons maintenant nous occuper d'une manière plus directe.

La première menstruation peut être, comme nous l'avons dit déjà, une véritable hémorrhagie; on admirera plus tard, nous en sommes sûr, les auteurs qui interrogent la balance pour savoir si, dans un cas donné, il y a ou non hémorrhagie. Il est évident qu'il ne saurait y avoir ici rien d'absolu : M. Magendie a cité l'exemple de femmes qui perdaient à chaque époque menstruelle plusieurs livres de sang; d'un autre côté, si on s'en rapporte à quelques voyageurs, les samoièdes, les Groenlandaises n'en perdent que quelques gouttes : ce qu'on observe d'ailleurs chez quelques femmes dans nos climats. Or, la menstruation des premières, comparée à celle des secondes, sera-t-elle donc, suivant cette ingénieuse application du système des poids et mesures, nécessairement une hémorrhagie? Il est clair pour tout le monde que c'est là de la physiologie. L'écoulement sanguin menstruel est une hémorrhagie (en le plaçant au point de vue pratique, et nous ne savons point à quel point de vue la science le place lorsqu'elle conclut autrement), toutes les fois que cet écoulement entraîne de l'affaiblissement pour la femme qui l'éprouve, et que cet affaiblissement dure pendant un certain temps après que cette hémorrhagie s'est accomplie. Cela est si vrai que, vis-à-vis de ces faits, il n'y a point deux pratiques; il n'y en a qu'une, et elle consiste, à moins de contradictions particulières, à soutenir les fibres de l'organisme. Nous avons eu souvent occasion d'étudier la marche de ces premières menstruations, et plus d'une fois nous nous sommes assuré que ces écoulements excessifs se liaient à un véritable état de laxité de l'utérus, à un état d'atonie qui commandaient impérieusement une alimentation substantielle, et quelquefois une médication fortifiante, énergique. Il nous serait facile de multiplier ici les citations; nous nous bornerons sur ce point à l'exposé succinct du fait suivant :

Mademoiselle Cidalise N..., après avoir pendant plusieurs mois consécutifs éprouvé de légers indices de l'établissement du flux menstruel, perd un jour par les parties sexuelles une certaine quantité de sang; le lendemain cette quantité augmente; le soir tout son linge est inondé; il y a une véritable hémorrhagie qui dure une partie de la nuit. Les parents inquiets nous font demander, et voici ce que nous observons : cette jeune fille, âgée de onze ans et demi, est d'une constitution faible et délicate; habituellement pâle, nous la trouvons plus pâle encore qu'à l'ordinaire; les carotides font entendre un souffle marqué sous la plus légère pression du stéthoscope; sans cette pression toutefois, battements normaux; du côté du cœur, battements plus forts dans le moment où nous observons; simples palpitations nerveuses; respiration normale; peau sans chaleur fébrile; pouls un peu fréquent, mais notablement dépressible. Aucune douleur dans es reins, les cuisses ou le bas-ventre. La malade accuse une grande faiblesse. Ayant essayé de s'asseoir dans son lit le matin, elle est forcée immédiatement de reprendre la position en supination; elle se sent près de se trouver mal. Espérant que le repos au lit suffirait pour mettre fin à cet état de choses, nous nous bornons à conseiller quelques moyens insignifiants. Le lendemain en effet l'écoulement sanguin avait à peu près complétement cessé, la circulation était calme; nous permettons à la malade de se lever quelques heures, et de ce nourrir. Mais à peine mademoiselle N... a-t-elle fait quelques pas dans sa chambre, qu'elle se sent défaillir et tombe entre les bras de sa mère; remise de suite au lit, bientôt celui-ci est inondé de sang. Appelé de nouveau auprès de la malade, nous la trouvons extrêmement affaiblie; bien que la connaissance soit complétement recouvrée, le pouls est petit, extrêmement dépressible, sans fréquence. Aucune douleur, pas même un sentiment de gêne vers l'hypogastre. Quoiqu'il s'agît ici d'une première menstruation, et qu'on comprenne difficilement un tel travail sans une augmentation de la vitalité de l'appareil qui en est le siége, il nous fut impossible de ne point tenir compte, dans le traitement à employer, de l'état général de la malade, et de ne point diriger notre médication exclusivement contre cet état. En conséquence, nous prescrivîmes un repos absolu, une alimentation substantielle, mais simplement liquide; pour boisson, une limonade citrique rougie par une petite quantité de vin de Bordeaux. Le sang continua à couler pendant tout le jour d'une manière intermittente; la nuit il y eut du sommeil, et les linges sous la malade ne furent que médiocrement mouillés. — On insiste pendant les jours suivants sur les mêmes moyens, auxquels nous ajoutons l'injection dans le rectum, deux fois par jour, de quatre onces d'eau à la température de l'appartement. Cinq jours après l'emploi de ces moyens, l'hémorrhagie a cessé; la malade se sent plus forte, se lève, marche sans que le sang reparaisse. Interprétant comme il devait l'être cet heureux résultat, nous soumîmes immédiatement la malade à un traitement tonique dont les ferrugineux faisaient la base. Le mois suivant les règles manquèrent, mais le teint de mademoiselle N... avait plus de vie, plus d'animation; elle se sentait plus forte, travaillant avec plus de goût et d'ardeur. Ce défaut de menstruation ne nous inquiéta point; le mois suivant les règles parurent peu abondantes et pendant deux jours seulement; à partir de cette époque la fonction menstruelle s'etablit d'une manière régulière, et la santé de mademoiselle N... fut parfaite.

Sans doute il est impossible de ne point admettre que le travail menstruel ne soit un travail essentiellement actif; l'hypothèse de Frédéric Hoffmann, qui regardait le flux menstruel comme un effet purement mécanique; celle de Clifton, qui prétendait qu'il résulte simplement de la faiblesse relative des parois des veines utérines et de l'effort perpendiculaire du sang; ces deux hypothèses, disons-nous, ne peuvent se soutenir en présence de l'observation. Toutefois, on comprend que, bien que ce travail, considéré du côté des forces en action qui le préparent, soit essentiellement actif, l'utérus puisse être en même temps dans un état organique

différent. Nous croyons qu'il en est ainsi dans le cas que nous venons de rapporter ; les fibres utérines, lâches et molles, n'opposaient point à l'issue du sang au dehors une résistance suffisante; le molimen, le *vis a tergo* qui dirigeait le sang vers la matrice, ne rencontrant nul obstacle, continuait toujours à agir, et sans même que cette force continuât d'agir dans la direction de la matrice, celle-ci manquant de ressort, ses pores restaient béants, et le sang continuait de couler d'une manière simplement mécanique. L'amélioration notable que nous avons vu se manifester dans tout l'organisme, sous l'influence de la médication tonique, de l'alimentation fortement réparatrice à laquelle la malade a été soumise, nous traduit en quelque sorte ce qui s'est passé dans l'intimité des tissus; l'utérus comme le reste a ressenti cette influence, et se trouvant par là replacé dans des conditions organiques meilleures, il s'est élevé enfin à l'aptitude fonctionnelle, et nous avons vu peu à peu le travail menstruel suivre sa marche ordinaire.

C'est dès les premières menstruations que nous venons de voir l'utérus tomber dans un état d'atonie qui prépare une hémorrhagie passive, à laquelle nous opposons avec succès une médication stimulante; dans d'autres cas, c'est lorsque la première menstruation est regulièrement établie que l'on voit apparaître ces métrorrhagies, sans qu'il soit toujours possible de saisir la cause qui les détermine et leur imprime ce caractère particulier. Les choses se sont ainsi passées dans le cas suivant :

Mademoiselle D... a joui jusqu'à l'âge de quinze ans d'une santé excellente; à cette époque les règles s'établissent et suivent pendant une année leur marche naturelle. Un jour celles-ci se manifestent avec beaucoup plus d'abondance que d'ordinaire; elles durent pendant quatre à cinq jours avec la même force, et sans réaction autre qu'une assez grande faiblesse sur l'organisme. Cependant la malade continue sa vie habituelle. Pendant quinze jours le sang continue de couler, quoique peu abondamment. La faiblesse augmente, les digestions deviennent laborieuses, et force est à la malade de s'aliter. Appelé auprès d'elle, nous la trouvons dans l'état suivant : mademoiselle D... est pâle, les lèvres, les conjonctives palpébrales sont décolorées; le cœur bat lentement, son impulsion est faible. Quand la malade est debout elle se sent très-affaiblie, en même temps que courbaturée. Les règles, dans cette position, coulent plus abondamment qu'au lit. Aucune douleur, soit spontanée, soit à la pression, à l'hypogastre; les reins, le haut des cuisses sont également indolents. Nous nous bornons à conseiller à la malade une alimentation légère et le repos au lit. Pendant quatre ou cinq jours que ces moyens simples sont employés, l'écoulement du sang diminue et cesse tout à fait. La malade se lève, et le sang reparaît en quantité assez notable; rien de nouveau, du reste, qu'une plus grande faiblesse. Prescription : repos absolu, alimentation plus substantielle, un peu de vin de Bordeaux avec de l'eau du Seltz, limonade citrique; lavement d'eau à la température de l'appartement. Pilules de Blaud, au nombre de quatre par jour. Ces moyens divers sont continués pendant huit jours sans interruption; les forces se relèvent rapidement, la face prend un peu d'animation, la malade se lève, se promène sans que le sang reparaisse. Elle revient peu à peu à l'animentation commune, mais elle continue pendant deux mois les pilules ferrugineuses. Mademoiselle D... reprend graduellement la fraîcheur et les forces qu'elle avait perdues. A la première époque normale les règles manquent; elles se rétablissent à l'époque suivante, et depuis lors elles ont continué sans rien offrir d'insolite, soit par la quantité, soit par la durée.

Supposons que, dans ce cas, un médecin, se tenant au point de vue exclusif de la doctrine de l'irritation, eût considéré cette hémorrhagie comme le dernier terme d'une congestion active, il n'eût point manqué de recourir à la méthode antiphlogistique, et une ou plusieurs saignées de bras eussent été employées à titre de révulsif antiphlogistique. Quels résultats aurait produits cette médication? Peut être eût-on par là arrêté brusquement l'écoulement sanguin; mais nous ne doutons pas, dans cette hypothèse la plus favorable, qu'on eût en même temps développé chez cette jeune personne une véritable anémie. Que si cette médication eût vraisemblablement empêché la menstruation suivante, et un état chlorotique complet se serait graduellement développé. Pour nous, en l'absence de phénomènes qui nous traduisissent la nature active du travail morbide qui se passait sous nos yeux, nous avons obéi aux indications que nous présentait l'état général, et nous sommes convaincu que c'étaient là les seules indications curatives que nous eussions à suivre. Ces cas sont loin d'être rares dans la pratique. Il n'y a pas très-longtemps encore, nous avons eu occasion d'observer une jeune personne plus âgée que celle dont nous venons de tracer l'histoire; cette jeune personne avait depuis une année environ des menstrues très-abondantes et qui duraient chaque fois huit ou dix jours. Chaque époque était précédée de douleurs assez vives dans les reins, le bas-ventre, et d'une pesanteur marquée au haut des cuisses. Ces divers phénomènes indiquaient évidemment un certain degré de suractivité dans l'appareil, qui était le siége de la fonction; mais bientôt la perte de sang faisait tomber cet orgasme hémorrhagique, et le sang continuait de couler d'une manière passive. Lorsque nous vîmes la malade, elle était déjà singulièrement affaiblie par ces déperditions trop abondantes, et nous n'hésitâmes point à lui conseiller l'usage des ferrugineux. M. Récamier, qui vit aussi, quelque temps après, cette malade, lui conseilla l'usage du même moyen. A mesure que les forces se rétablirent, que la crase du sang se modifia, l'écoulement menstruel diminua d'abondance et de durée. Les phénomènes prodromiques de cette fonction continuèrent cependant; quelques bains gélatineux, pris avant l'époque présumée des règles, calmèrent cette sensibilité anormale.

Un grand nombre de médecins en ont déjà fait la remarque : ce ne sont point les femmes les plus sanguines qui ont les menstrues les plus abondantes et les plus prolongées; les femmes pâles, chétives perdent souvent beaucoup plus abondamment, et, sans doute, il en ast un certain nombre parmi

ces dernières chez lesquelles l'écoulement menstruel, après avoir été actif à son début, continue véritablement d'une manière toute passive. Les toniques, en pareilles circonstances, sont encore très-positivement indiqués dans l'intervalle des règles. Dans de telles conditions, les moyens les plus simples, les révulsifs appliqués aux membres inférieurs, qui manquent si souvent leur effet, peuvent provoquer de véritables hémorrhagies, et demandent à être employés avec quelque circonspection. Voici un fait intéressant sous plus d'un rapport, qui nous sera un enseignement utile à cet égard; c'est par là que nous terminerons.

Elisa And..., âgée de dix-cept ans, grande, forte, quoique habituellement un peu pâle, est régulièrement menstruée depuis deux ans; mais ses règles la fatiguent souvent par leur abondance et leur longue durée. Atteinte d'un polype dans l'oreille, elle est admise dans les salles de M. Lisfranc, qui l'opère par arrachement. Par une malencontreuse coïncidence, l'écoulement des règles ne faisait que de cesser quand cette opération fut pratiquée. Cette opération ayant été assez laborieuse, et M. Lisfranc craignant le développement d'une otite et ses conséquences sur le cerveau, conseille avec raison à la malade de prendre chaque jour un bain de pieds fortement sinapisé pendant un certain temps. Le premier pédiluve détermine immédiatement un afflux sanguin assez considérable vers la matrice, et un écoulement de sang abondant a lieu. Pendant les quelques jours que la malade demeure à la Pitié, cet écoulement continue avec plus d'abondance; pendant un mois entier les choses se passent de même. Cependant, la malade faiblit d'une manière marquée; l'embonpoint est assez bien conservé, mais toute la peau est décolorée, aussi bien que les muqueuses visibles. Point de palpitations; battements du cœur plutôt faibles que forts; même caractère du pouls. Du reste le sang arrive à l'utérus et s'en échappe sans aucune espèce de réaction locale appréciable. Le repos dissimule plutôt l'écoulement qu'il ne le diminue réellement, car, dès que la malade se lève, après avoir gardé la position en supination pendant un certain temps, des caillots de sang s'échappent du vagin; puis le sang continue à couler liquide et d'une manière continue. Telle était la position d'Elisa And... quand elle fut soumise à notre observation. Nous lui conseillons la série des moyens qui suivent : repos absolu, alimentation substantielle et froide, vin coupé pris avec modération, limonade citrique; lotions froides répétées cinq ou six fois par jour sur les parties génitales, les cuisses et le fondement; un lavement froid matin et soir; ferrugineux. Au bout de quelques jours de l'usage de ces moyens, la métrorrhagie cesse; la malade les continue exactement pendant les quinze jours que nous l'avons sous nos yeux; elle se lève, reprend son travail habituel, et tout rentre dans l'ordre.

La disposition organique qui, dans ce cas, a permis qu'un simple pidiluve, pris peu de temps après la cessation de l'orgasme mentruel, déterminât une hémorrhagie, a été aussi, nous le croyons, la cause pour laquelle nous voyons l'écoulement sanguin continuer pendant un si long temps. L'absence de toute réaction locale ou générale, la constitution de la malade, l'état de décoloration de la peau, etc., ont été les caractères auxquels nous avons reconnu la nature passive de l'hémorrhagie. Les lotions froides fréquemment répétées, les lavements froids ont suffi, aidés de la position, pour arrêter immédiatement l'hémorrhagie; l'alimentation tonique, les ferrugineux ont donné aux organes le ton dont ils manquaient, ont refait la crase du sang, et ont prévenu d'une manière solide le retour de la maladie.

Nous nous arrêterons ici; nous avons choisi entre les faits nombreux que avons observés, et qui tous parlent le même langage, ceux qui, par leur caractère tranché ou l'influence immédiatement heureuse de la médication appliquée, nous ont paru les plus susceptibles de mettre en relief l'idée que nous avons essayé de développer; nous n'avons pu résoudre les difficultés nombreuses dont ce sujet s'entoure dans un certain nombre de cas; c'est à la sagacité du praticien à se garer d'erreurs qui pourraient, ici comme ailleurs, entraîner des conséquences graves. Tout ceci contrarie quelque peu les idées théoriques auxquelles nous avons renoncé dans la spéculation, mais qui nous dirigent souvent encore, et presque à notre insu, dans la pratique; il faudra pourtant bien finir par prendre notre parti là-dessus, car ce ne sont point les doctrines qui commandent les faits, mais bien les faits qui commandent les doctrines.

(*Bulletin gén. de thérapeutique*, septembre.)

---

24. *Lettre chirurgicale sur la cure radicale du spina-bifida, par l'ablation de la tumeur, tout en évitant l'accès de l'air dans le canal rachidien;* par M. Tavignot.

M. le docteur Dubourg, dont vous avez publié l'excellent travail dans un de vos derniers numéros (n° 31) (1), me paraît donc avoir été heureusement inspiré en s'occupant d'un état pathologique aujourd'hui encore si peu connu au point de vue du traitement qui lui convient. Vous en conviendrez, lorsqu'il s'agit d'une maladie regardée comme à peu près incurable, une méthode opératoire qui justifie sa nouveauté par des succès reels mérite au moins toute notre attention.

Il y a deux périodes tout à fait distinctes dans les tentatives faites par le docteur Dubourg, et je dois déclarer ici que s'il en était resté à la première, cet examen critique eût été superflu, car j'avais déjà, dans un autre travail (2), demontré les graves inconvénients de la méthode qu'il mit d'abord en usage. Si l'on veut, en effet, analyser la première observation que renferme son mémoire, on ne tardera pas

(1) Encyclographie, septembre, page 499.

(2) De la ligature comme méthode curative de l'hydrorachis. Dans l'Esculape, n° 6, 14 mars 1841.

à voir que sur le jeune enfant, sujet de cette observation, et qui avait une énorme tumeur étendue de l'extrémité inférieure du tronc jusqu'aux talons, le docteur Dubourg, mit en usage le procédé suivant : par une première ponction il vida partiellement la tumeur en retirant un litre de liquide environ, puis il étreignit, à l'aide de la suture entortillée, la base de la tumeur, qui n'avait pas moins de 4 pouces d'étendue.

Or, cette méthode, comme en convient d'ailleurs l'auteur du mémoire, agit directement comme la ligature; peut-être par la présence même des aiguilles, est-elle encore plus nuisible. Quoi qu'il en soit, nous attachons une certaine valeur aux griefs que nous avons déjà formulés contre la ligature elle-même, pour ne pas leur donner ici une nouvelle publicité.

Dans le spina-bifida, en effet, les éléments constituants ne sont pas aussi simples qu'on pourrait le croire *à priori;* j'ai en effet constaté directement, mais après beaucoup d'anatomo-pathologistes, l'existence de cordons nerveux, de nombre et de volume variables, traversant la base ou le pédicule même de la tumeur, pour venir adhérer, d'une manière assez intime, à la face interne des parois de celle-ci, en venant se perdre ou se confondre dans les éléments anatomiques divers qui les constituent.

La ligature devrait donc nécessairement porter sur un certain nombre de nerfs et en opérer la désorganisation; mais on ne comprend pas dès lors toute la série d'accidents nerveux qui peuvent en être le résultat, eu égard surtout au voisinage de la moelle épinière.

Voilà pour les accidents réels auxquels la ligature met en butte; voyons maintenant si cette circonstance défavorable se trouve atténuée par la possibilité, dans quelques cas, d'une guérison prompte et réelle. Quel but veut-on atteindre en pratiquant la ligature de la tumeur? Un seul, l'adhésion par une lymphe plastique des parois correspondants de la face interne du collet; adhérence dont les séreuses sont susceptibles sous l'influence d'irritations en général assez légères; voyons si, dans l'hydro-rachis, cette adhérence première peut avoir lieu par le simple contact; évidemment non, puisque, dans ce cas particulier, tout contact des parois de la séreuse arachnoïdienne est rendu impossible par la présence seule des cordons nerveux.

Cependant, m'objectera-t-on, cet obstacle n'est pas invincible, car on peut espérer l'adhérence à l'aide de fausses membranes revêtant peu à peu les caractères de l'organisation; et d'ailleurs les troncs nerveux ne persistent pas toujours, la ligature finit par en opérer la section; ce fait est vrai, mais l'inflammation nécessaire pour cette cicatrisation par seconde intention sera de toute nécessité trop intense pour être locale et circonscrite; elle s'étendra aux méninges rachidiennes, et le malade guéri ou en voie de guérison de son spina-bifida ne tardera pas à succomber sous l'influence d'une cérachnitis.

La ligature, que l'on ne serrerait que médiocrement, de manière à ne pas produire ce résultait, serait impuissante dès lors pour obtenir la séparation des cordons nerveux et de la tumeur elle-même; il faudrait encore avoir recours à une seconde opération.

Voilà quelle était ma profession de foi sur la valeur thérapeutique de la ligature dans le spina-bifida; depuis, mon opinion n'a pas eu lieu d'être modifiée, et la première observation de M. Dubourg n'est pas non plus de nature à la faire changer.

L'auteur du mémoire rapporte ensuite deux autres faits qui établissent une méthode de traitement tout à fait différente de la première. M. Dubourg et moi, nous sommes parfaitement d'accord sur cette différence des deux méthodes; mais, pour arriver à ce résultat commun, nous nous sommes placés cependant à deux points de vue différents. Pour lui, en effet, l'ablation préalable de la tumeur, l'entrée de l'air et la sortie du fluide céphalo-rachidien sont le point fondamental qui les différencie; pour moi, au contraire, le caractère distinctif se tirera surtout de cette circonstance, que le mécanisme de la cicatrisation ne saurait être le même dans les deux cas; ce sont les téguments que l'on met presque exclusivement en rapport à l'aide de la suture, dans le deuxième procédé, puisque les extrémités coupées des cordons nerveux rentrent dans le canal rachidien, ou du moins ne sont plus un obstacle à la réunion immédiate. Il y a plus, c'est que la partie la plus caractéristique de ce deuxième procédé, l'entrée de l'air et l'issue du liquide céphalo-rachidien, me paraissent une circonstance trop fâcheuse, une complication trop à redouter, pour que l'on ne doive pas chercher sérieusement à l'éviter. La guérison obtenue dans les deux cas rapportés dans le travail que nous examinons ne saurait être une raison péremptoire de ce que Quesney et beaucoup d'auteurs après lui ont démontré que les plaies du cerveau n'étaient pas constamment mortelles; de ce qu'il est établi aujourd'hui que les plaies pénétrantes de la poitrine, de l'abdomen, des articulations, etc., sont parfois suivies d'une prompte guérison, on n'en conclura jamais que ces mêmes lésions soient dépourvues de toute espèce de gravité.

Si donc on parvenait, par une modification bien simple de la méthode de M. Dubourg, à éviter l'entrée de l'air dans le canal, on rendrait plus générale encore son application; car elle devrait nécessairement fournir un nombre plus considérable d'heureux résultats. Par rapport au degré de gravité, il y aurait, entre sa méthode et le procédé que je propose, toute la différence qui existe entre les plaies simples non pénétrantes et les plaies pénétrantes des cavités séreuses.

Ce n'est pas vous du moins, Monsieur le rédacteur, qui nierez les avantages immenses des opérations pratiquées à l'abri du contact de l'air, puisque, pour établir mon procédé, je me fonde précisément sur des principes que, le premier, vous avez établis et systématisés; les ingénieux procédés que vous aviez déjà imaginés pour le débridement sous-cutané des hernies, l'opération de l'empyème, l'ouverture des abcès chroniques, etc., etc., étaient trop beaux pour ne pas fixer aussitôt l'attention de tous les chirurgiens.

En proposant une modification, que je crois fondée et importante dans résultats, à la nouvelle méthode pour la cure radicale de l'hydro-rachis par

l'ablation de la tumeur, je n'en conserve pas moins à cette méthode tous ses avantages réels. Voici en quoi consiste cette modification : de deux choses l'une, ou la tumeur est d'un volume peu considérable, son pédicule lui-même est nettement circonscrit, et il est très-facile de mettre en rapport les deux faces internes de ses parois, à l'aide d'une pression modérée exercée sur lui en deux sens différents; ou bien le volume trop considérable qu'elle présente rend ce contact à peu près impossible; dans ce dernier cas, il sera convenable de la vider préalablement avec un trocart *particulier* propre à éviter l'entrée de l'air. Elle devient dès lors analogue à celle de notre première catégorie, et peut être soumise au même mode de traitement. Ce traitement consiste : 1° à faire fixer la tumeur par un aide, qui, en même temps, exercera sur elle une traction modérée d'arrière en avant; 2° à étreindre d'une manière convenable le point du pédicule le plus rapproché possible de l'hiatus osseux, à l'aide d'un instrument assez analogue à une pince à anneaux, mais en différant cependant notablement par la longueur plus grande de ses branches, et leur épaisseur bien moins considérable; de telle sorte que cet instrument ait la plus grande analogie avec des ciseaux ordinaires qui, au lieu d'être tranchants, seraient tout à fait mousses; cet instrument n'est pas d'ailleurs tellement indispensable que le génie du chirurgien ne puisse s'en passer à la rigueur, et remplir la même indication en mettant en usage des moyens différents, mais analogues par leur action; 3° à l'aide de ciseaux droits ou d'un simple bistouri, on procédera à l'ablation de la tumeur, en pratiquant une incision *parallèle* au côté externe de l'instrument compressif, et située à un centimètre seulement en dehors de lui. Il reste, on le voit, une petite bordure de téguments, qui va nous servir à pratiquer la suture entortillée.

On traverse la portion de peau la plus rapprochée du point comprimé, en ayant soin, autant que possible, de ne comprendre qu'elle; la section préalable, à l'aide de ciseaux courbes, aura bien fait justice de tout ce qui pourrait mettre obstacle à la juxta position et à la réunion immédiate de la solution de continuité; et une fois l'instrument compressif enlevé, les choses sont exactement dans le même état où elles se trouvent après l'application pure et simple de la méthode du docteur Dubourg; mais on a cet avantage immense, je crois, pour la généralisation de la méthode, c'est qu'on aura pu éviter l'entrée de l'air dans le canal rachidien. Aussi une seule chose me surprend et m'étonne, c'est qu'au lieu de chercher l'occasion d'enfreindre le *veto* des auteurs classiques, M. Dubourg ne se soit pas appliqué plutôt à mettre son procédé en rapport avec leurs idées, trop bien établies aujourd'hui pour être complétement fausses. Cependant, si la méthode, ainsi modifiée, doit fournir plus tard de nombreux succès, il faudra bien lui tenir compte de ses premières tentatives, car la perfection est quelque chose qu'il est difficile d'atteindre de prime abord, et celui qui crée mérite toujours mieux de la science que celui qui ne fait que la perfectionner.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 35.)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

25. *Des fongus de la vessie. — Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des sciences;* par le docteur Civiale.

Rien n'est plus obscur que l'histoire des tumeurs fongueuses de la vessie. Quant à ce qui concerne leur nature, il est bien évident que sous les noms de carnosités, caroncules, squirrhosités, tubercules, fongosités, etc., les auteurs ont indiqué des lésions fort diverses, que les nosologistes ont cru ensuite pouvoir admettre dans leurs cadres, souvent trop élastiques. Mais les indications sont si vagues, et les descriptions si peu précises, pour la plupart, qu'il y a très-peu de lumières à obtenir des faits consignés dans les recueils d'observations. Ce qui en ressort de plus positif, c'est que fréquemment on a considéré comme fongosités ou polypes des tuméfactions partielles de la prostate, et surtout de son lobe moyen.

Le plus communément, selon la remarque déjà faite par la plupart des auteurs, c'est au voisinage du col vésical que se développent les tumeurs fongueuses. J'en ai rencontré à la partie antérieure du trigone, d'autres sur les côtés du col de la vessie, et un à sa partie supérieure. On en a vu sur la saillie des lobes latéraux de la prostate qui étaient évidemment de nature fongueuse, et non dues à l'engorgement partiel de cette glande. Mais l'intérieur du corps de l'organe n'en est pas exempt non plus, et les faits qui se sont offerts dans ma pratique semblent même établir qu'elles y sont plus fréquentes qu'on ne l'avait pensé. J'en ai observé derrière le trigone, et surtout à la face postérieure du viscère, vers le bas-fond. On en a trouvé aussi vers le sommet et la face antérieure de la vessie, ce dont j'ai rapporté un exemple remarquable d'après M. Bedor, dans le Traité de l'affection calculeuse.

La première de toutes les distinctions à établir est relative au mode d'insertion de la tumeur, quelque siége qu'elle occupe. Nulle autre n'a plus d'importance, car c'est parce qu'on l'a négligée qu'on paraît avoir tant de fois confondu ensemble des maladies essentiellement différentes.

Un fongus qui commence repose d'ordinaire sur un pédicule. Il constitue une petite excroissance, dont l'extrémité libre a plus de largeur que la base, et qui ne semble adhérer qu'à la membrane interne de la vessie. Cette dernière remarque avait déjà été

faite par les auteurs; j'en ai reconnu la justesse dans quelques cas où il m'a été permis d'examiner la production morbide à son début. Les tractions exercées alors sur elles ne soulèvent que la membrane muqueuse. Mais quand la tumeur a pris un certain degré d'accroissement, ses racines s'étendent, en se multipliant, aux tissus profondément situés, se confondent peu à peu avec eux par une série de transformations successives, et produisent ainsi une masse consistante, dont l'étendue se trouve presque toujours proportionnée au volume de l'excroissance, quoique cette règle ne soit pas sans exceptions.

Des moyens de reconnaître les fongus de la vessie.

On ignore, dit Chopart, copié par tous ceux qui ont écrit après lui, à quels signes pourrait être reconnue la présence des fongus de la vessie. Les accidents que ces végétations déterminent n'ont rien de spécial; ce sont tantôt ceux de la pierre, tantôt ceux du catarrhe vésical, de l'hématurie, de la strangurie, etc. Ici, comme dans la plupart des maladies de l'appareil urinaire, les symptômes se rattachent plus ou moins directement à la difficulté d'uriner, au trouble de l'excrétion de l'urine; mais ils présentent d'innombrables différences, et sont subordonnés, d'abord au degré de puissance des contractions vésicales, puis à la situation, au volume et à la nature de la tumeur, aux complications qui peuvent exister, au développement de la phlegmasie. En un mot, les inductions tirées des troubles fonctionnels de la vessie, des sensations du malade et de l'inspection du liquide urinaire, ne suffisent pas pour admettre ces fongus plutôt qu'une autre lésion organique, ou une autre cause possible des désordres qu'on observe. Ainsi, ce qu'on a dit de la difficulté, de l'impossibilité d'établir le diagnostic d'après les symptômes, n'est point exagéré. Il y a même des cas où rien, pendant la vie, n'aurait pu faire soupçonner une tumeur fongueuse, qui néanmoins avait un grand volume. J'en ai vu deux exemples remarquables dans le service des calculeux; personne n'avait eu la moindre idée du mal qui existait; les accidens avaient résisté à tous les moyens mis en usage; on avait fini par croire à la présence d'une pierre, et les malades s'étaient décidés, en conséquence, à entrer dans mon service.

Ce n'est que par des explorations spéciales qu'on peut parvenir à établir le diagnostic. J'indiquerai brièvement les procédés auxquels j'ai recours dans ces circonstances.

Fongus au col de la vessie.

Premier degré. — On est appelé auprès d'un malade atteint d'une rétention d'urine. La première indication à remplir, souvent même sans chercher à préciser la cause, est de le faire uriner. L'instrument et le procédé du cathétérisme le plus généralement usités sont ceux auxquels on a recours. La sonde, en arrivant dans la vessie, rencontre tantôt une simple contraction du col, tantôt un petit corps mobile engagé dans l'orifice de l'urètre, et plutôt accolé à cet orifice, qui semble fuir devant elle, et qu'on déplace avec tant de facilité que le praticien le plus exercé ne saurait dire s'il s'agit d'un fongus pédiculé, d'un caillot de sang, d'un amas de mucosités épaissies, et même seulement d'un resserrement spasmodique. On peut dire que jamais cette première opération n'éclaire réellement le diagnotic. Quoi qu'il en soit, la sonde arrive dans la vessie, le malade urine, il est soulagé à l'instant, et désormais il peut ne plus se ressentir des accidents qu'il a éprouvés, de sorte qu'on reste dans le doute sur la cause de la rétention d'urine.

Ces cas sont les plus simples; mais si l'on s'en tient là, ils sont aussi ceux à l'égard desquels l'opinion est le moins arrêtée. Les petits fongus de la vessie, sans catarrhe, sans engorgement prostatique, accompagnés seulement d'un état névralgique du col vésical, ne produisent que de loin en loin des troubles dans l'excrétion de l'urine. On ne peut les reconnaître avec la sonde. Le seul moyen d'en constater la présence, surtout lorsqu'ils sont pédiculés, est de recourir à l'appareil instrumental de la lithotritie. Le trilabe, monté comme je le dirai en parlant du traitement, fournit à cet égard les notions les plus exactes. C'est donc à lui qu'il faut recourir toutes les fois qu'on a quelque raison de soupçonner un fongus, et se hâter d'autant plus que le début de la maladie est la seule époque à laquelle on puisse espérer un résultat satisfaisant des moyens curatifs. Je ne saurais donc trop insister sur ce point. Dès qu'on aura fait cesser la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine, surtout si la sonde ne rencontre aucun obstacle, vital ou mécanique, soit dans l'urètre, soit au col vésical, et si la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, il faut explorer celle-ci d'une manière toute particulière, et avec le trilabe. Après avoir fait une injection, on ouvre cet instrument dans la vessie, et on le ramène à soi comme pour le retirer tout ouvert; les branches viennent s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, qui se trouve tendu par leur élasticité; on imprime au trilabe de très-petits mouvements latéraux, et s'il existe, au col vésical ou dans le voisinage, une production morbide, fongueuse ou autre, elle se place dans l'intervalle des branches, fait saillie dans l'instrument, et le stylet la fait reconnaître. Entre autres exemples que je pourrais citer, je parlerai d'un jeune homme de vingt-six ans, qui éprouvait des difficultés d'uriner et la plupart des symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un calcul vésical. Pendant que j'explorais la vessie, une tumeur fongueuse du col vint se placer entre les branches de la pince; mais la saillie étant peu considérable, je conseillai un traitement médical provisoire. Chez un autre malade, j'ai découvert de la même manière une petite fongosité ayant son siége à l'angle antérieur du trigone, et compliquant une affection calculeuse très-avancée; le sujet succomba au bout de quelques mois, et l'autopsie démontra que je ne m'étais pas trompé.

Deuxième degré. — Dans d'autres cas, plus communs que les précédents, la sonde se trouve arrêtée au moment où l'on croit qu'elle va pénétrer dans la vessie. Le praticien qui ne possède encore

que des renseignements très-vagues sur la difficulté qui se présente, peut faire trois suppositions différentes : 1° L'urètre est dévié latéralement par la tuméfaction d'un des lobes de la prostate, ou en haut par l'engorgement du corps de cette glande, ou bien il y a une de ces brides transversales qu'on rencontre quelquefois derrière la crête urétrale ; 2° indépendamment de ces déviations, l'orifice interne de l'urètre est fortement rétréci et ses parois indurées, au point que la sonde ne puisse le franchir, comme Chopart en cite un exemple, ce qui est d'ailleurs extrêmement rare ; 3° enfin, il existe, au voisinage du col vésical, une tumeur fongueuse qui ne permet pas d'aller plus loin. Je ne parle pas de quelques autres circonstances, indiquées ailleurs, qui peuvent aussi apporter des difficultés à l'introduction de la sonde, mais à l'égard desquelles un chirurgien exercé ne saurait se méprendre. Quant à celles que je viens d'énoncer, ce n'est qu'avec une peine extrême qu'on parvient à les isoler les unes des autres; les auteurs les plus recommandables ont unanimement proclamé cette vérité, qu'on oublie trop souvent, et Chopart n'hésite même pas à dire qu'on n'acquiert des notions exactes qu'après la mort.

Par le fait même de la difficulté ou de l'impossibilité d'introduire la sonde dans la vessie, quoique l'urètre soit libre jusqu'à la région prostatique, on se trouve conduit à admettre qu'il existe un obstacle au col vésical, et la rareté des rétrécissements en cet endroit porte à penser que l'obstacle dépend d'une excroissance. Mais quels sont les caractères et les positions de cette tumeur? Voilà ce qui reste douteux pour lui, et ce n'est qu'à force de tâtonnements qu'il parvient à acquérir des notions précises.

Je suppose que la sonde puisse parvenir dans la vessie : comment distinguer un fongus d'une tumeur prostatique? Il est nécessaire d'établir quelques distinctions. D'abord, j'admets que l'excroissance n'est pas très-volumineuse, et que la prostate est saine, ce dont on peut se convaincre par les moyens indiqués ailleurs ; le malade urine avec peine, il y a des indices de catarrhe, et des douleurs plus ou moins analogues à celles que produisent les calculs ou les névralgies avancés. Il s'agit de connaître la cause des désordres. Lorsqu'à l'aide d'une sonde à petite courbure on est arrivé jusqu'à la partie prostatique de l'urètre, et qu'au moment où l'on croit que l'instrument va pénétrer dans la vessie, il se trouve arrêté, on précise la position de l'obstacle. S'il est en bas, il a suffi d'élever l'extrémité oculaire de la sonde, en abaissant le pavillon, pour arriver dans la vessie. L'obstacle est brusque, mais peu étendu d'avant en arrière : on peut croire alors qu'il s'agit de la bride transversale dont j'ai parlé, et je ne redirai pas comment il faut s'y prendre pour le reconnaître. Mais si l'obstacle est encore plus profond, vers l'intérieur de la vessie, s'il est plus étendu en arrière, si la sonde glisse plus longtemps, et si ce n'est qu'après plusieurs lignes qu'on voit paraître l'urine, non pas par gouttes et en petite quantité, ce qui arrive quelquefois avant que la sonde ait franchi le col vésical, mais à pleine sonde, comme on le voit généralement ; tout cela indique déjà que l'obstacle a une certaine étendue en arrière, et qu'il ne peut être produit que par une tumeur à l'angle antérieur ou sur la surface du trigone. En cheminant, la sonde, dont le bec est fortement relevé, affaisse cette tumeur, et la comprime en même temps qu'elle la refoule en arrière. Une fois qu'on est parvenu dans la vessie, et avant que l'urine soit écoulée, il faut porter l'instrument à droite et à gauche, le retirer jusqu'à ce que les yeux soient remontés près de la tumeur ou le col, ce dont on s'assure par la diminution de l'écoulement du liquide, et exécuter un mouvement de rotation par lequel la courbure se trouve portée en bas. Dans ces rotations répétées près du col vésical, on sent et l'on peut circonscrire, au moyen de la courbure de la sonde, la saillie que fait la tumeur à la partie moyenne du trigone, et par cette manœuvre, habilement exécutée, on peut distinguer jusqu'à un certain point le volume de l'excroissance, d'après la saillie qu'elle fait dans la vessie. Si elle est pédiculée, et sourtout si le pédicule est mince, on parvient aussi quelquefois à placer la sonde successivement à droite et à gauche de cette espèce de support. J'y ai réussi dans deux cas récents. Lorsque la tumeur est volumineuse et sa base large, il y a impossibilité de porter la sonde d'un côté à l'autre, bien qu'on abaisse fortement la main qui tient le pavillon, mouvement par lequel se trouve relevée l'extrémité vésicale de l'instrument. On n'y pourrait pas non plus parvenir si l'excroissance avait une certaine largeur transversale, de manière qu'elle occupât tout l'espace compris entre les lobes latéraux de la prostate.

Troisième degré. — Quand la tumeur du col vésical est très-volumineuse, et surtout qu'elle est compliquée de lésions de la prostate, les difficultés du diagnostic augmentent. La plupart du temps même, on est privé du secours des moyens d'exploration. Ni le toucher par le rectum, ni le palper par l'hypogastre et le périnée, ni la pression exploratrice avec le bout de la sonde, ni les phénomènes locaux et généraux, rien alors ne peut faire connaître avec précision la nature de la maladie. C'est dans cette situation si critique pour le malade et si embarrassante pour le praticien, qu'on apprécie les fâcheuses conséquences de la temporisation conseillée par tant d'hommes inexpérimentés. Le diagnostic est impossible, et le traitement livré à toutes les chances du hasard.

Fongus dans l'intérieur de la vessie.

Lorsque les tumeurs fongueuses ont leur siége dans l'intérieur de la vessie, le diagnostic, sans avoir toute la précision désirable, ne présente cependant pas les mêmes difficultés que celui des fongus du col parvenus au troisième degré. On peut presque toujours introduire les instrumens explorateurs, même avec assez de facilité. Mais, quant à déterminer la nature, la forme, le volume et le mode d'insertion de l'excroissance, on ne peut se dissimuler qu'il reste beaucoup à désirer sous tous ces rapports. La sonde ne procure que des notions très-confuses; le trilabe n'a pas les mêmes avantages que quand il s'agit de petites tumeurs au col : le lithoclaste seul fournit quelques données utiles. Voici le procédé auquel j'ai eu recours.

Lorsqu'on explore, au moyen de la sonde à petite

courbure, une vessie pleine d'eau tiède ou d'urine, on remarque que les mouvements de va et vient et de glissement latéral, imprimés à l'instrument qu'on ne laisse pas tourner entre ses doigts, sont empêchés par des inégalités qui ne sauraient exister dans une vessie à l'état normal, dont un liquide écarte les parois. On constate le point où la sonde s'arrête, et on l'évite en relevant l'extrémité vésicale de l'instrument. La quantité dont on est obligé de relever la sonde et l'espace que celle-ci doit parcourir avant de retomber sur son premier plan, donnent la mesure de la hauteur et de l'étendue latérale de la tumeur. Si la sonde ordinaire laisse des doutes, on introduit un trilabe, qu'on ouvre fortement, et qu'on fait pivoter entre les doigts, de telle sorte que chaque branche, en tournant, aille butter contre l'excroissance ou l'inégalité de la face interne de la vessie. Lorsque cette inégalité est très saillante, on place l'instrument ouvert de manière qu'une de ses branches se trouve sur l'un des côtés de la tumeur, et une autre sur le côté opposé; de cette façon le fongus fait saillie dans la pince, et le stylet, poussé avec précaution, indique approximativement de combien elle s'élève.

Ce sont là les cas les plus favorables, ceux dans lesquels la tumeur est isolée, peu large et peu étendue, mais saillante. S'il en était autrement, ainsi qu'on l'observe dans certaines circonstances; si la tumeur était fort évasée et peu en relief, les branches, au lieu de s'appuyer sur les parois vésicales en dehors de l'excroissance, s'appliqueraient sur cette dernière elle-même, et l'exploration n'aboutirait à rien, pour ainsi dire. Il en serait de même s'il y avait plusieurs fongus l'un à côté de l'autre : un hasard heureux pourrait seul faire que les branches de l'instrument se plaçassent entre eux ou sur leurs côtés. Quoi qu'il en soit, je suis plusieurs fois parvenu à apprécier la largeur de l'excroissance, et jusqu'à un certain point sa hauteur. On réussit parfois aussi à la saisir avec le lithoclaste, non pas latéralement, comme quand on se sert du trilabe, mais d'avant en arrière, et l'on en obtient ainsi le diamètre antéro-postérieur. Mais, ce qui est très-difficile, c'est de distinguer si elle repose sur un pédicule, ou si elle a une base plus ou moins large. En parlant du traitement, j'indiquerai le seul moyen que l'art possède.

Quand la surface interne de la vessie est parsemée d'excroissances peu en relief, tantôt molles et tantôt résistantes, comme je l'ai observé, les explorations avec la sonde, et surtout avec le lithoclaste, font connaître une série de protubérances sur la surface du viscère tendue par l'injection; mais elles laissent dans le doute relativement à la nature de ces excroissances. Il faut être d'autant plus réservé alors qu'on pourrait confondre celles-ci avec les inégalités résultantes des colonnes charnues, qui sont susceptibles de présenter les dispositions les plus extraordinaires.

Les explorations que je viens d'indiquer m'ont souvent conduit à des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre, et qui pourraient paraître douteux aux praticiens peu familiarisés avec les ressources que l'art a tirées de l'appareil instrumental de la lithotritie. A la vérité, ce n'est ni sans difficultés, ni sans douleurs qu'on obtient ces résultats; il faut souvent multiplier les tentatives, les varier de mille manières, et procéder en tâtonnant; encore même, malgré toutes ces précautions, reste-t-il des doutes insolubles. On pourrait donc se croire fondé à dire que les inconvéniens des nouvelles explorations en balancent les avantages. Mais qu'a-t-on à espérer en n'y ayant pas recours? La pratique des plus grands chirurgiens avant l'époque de la lithotritie est là pour répondre. On a vu que la maladie n'était jamais reconnue pendant la vie, qu'on soumettait les malheureux malades à une série de traitements plus empiriques et plus douloureux les uns que les autres, et qu'on ne les laissait en repos qu'après les avoir épuisés par des médications hasardées, qui ne peuvent la plupart du temps qu'ajouter à leurs angoisses. C'est plus qu'il n'en faut pour encourager à mettre en pratique un mode d'exploration dont les difficultés et les invénients disparaîtront, du moins en partie, à mesure que l'emploi des nouveaux instruments deviendra familier aux chirurgiens.

Il est un mode d'exploration du col vésical atteint de tumeurs fongueuses qu'on a entièrement négligé, et qui, ici comme dans le cas d'engorgement prostatique, procure des notions fort importantes : je veux parler des bougies molles et des sondes exploratives. Les premières surtout sont d'un usage très-facile et peu douloureux. C'est par elles qu'il faut commencer.

Nous avons vu, en traitant des rétrécissements de l'urètre et des maladies de la prostate, que les bougies de cire molle conservent, au moment où on les retire, la configuration que leur a fait prendre l'obstacle qui s'est opposé à leur introduction dans la vessie, et dont elles donnent souvent l'idée la plus nette qu'on puisse obtenir; elles n'ont pas la même valeur dans le cas des tumeurs fongueuses au col vésical. Toutefois, j'en ai obtenu d'heureux résultats, et je ne saurais trop recommander d'y avoir recours. Il est évident d'abord qu'elles causent moins de douleurs. Quant aux notions qu'elles fournissent, la première consiste à faire connaître, avec plus de certitude qu'aucun autre moyen, la liberté du canal jusqu'à son orifice interne. On est donc par cela seul assuré que là uniquement réside l'obstacle. Il faut pousser la bougie d'une manière graduée, et lorsqu'elle a pénétré aussi avant que le permet sa longueur ordinaire, on la laisse en place pendant quelques minutes, sans que le malade change de position; puis, on la retire doucement, en ayant soin qu'elle ne roule pas entre les doigts. On voit alors son extrémité rebroussée en forme de crochet, ou parfois seulement recourbée. Le sens et l'étendue de cette incurvation font juger de la position du fongus, du mode de déviation qu'il a imprimé à l'urètre, et aussi, jusqu'à un certain point, de son élévation. Si la tumeur est peu considérable, qu'elle occupe la partie postérieure du col vésical, et qu'elle dérange peu ce dernier, la bougie sera légèrement déviée en haut. La déviation aura lieu à droite ou à gauche si la tumeur siége à l'un ou l'autre lobe latéral de la prostate. Si l'excroissance est volumineuse, si elle change la direction de l'urètre tout à coup et dans une grande étendue, la courbure de la bougie sera brusque, et son extrémité pourra être re-

broussée. Si, comme l'a observé Chopart, l'orifice interne de l'urètre est véritablement rétréci, la bougie offrira un étranglement analogue à ceux qu'on remarque dans tous les autres cas de coarctation. Si les parois de la partie prostatique de l'urètre et de l'orifice interne du canal sont indurées, ce qui n'est pas rare, la bougie présentera des dépressions, des aplatissements partiels et plus ou moins étendus ; l'empreinte qu'on obtient alors ressemble un peu à celles que produisent les calculs urétraux ; seulement elle est moins brusque, moins à pic.

Les indications qu'on peut tirer de ces configurations accidentelles de la bougie molle sont donc fort utiles au praticien ; la sonde n'en fournirait d'analogues qu'à force de tâtonnements pénibles pour le malade ; encore même n'arriverait-on pas toujours à autant de précision. D'ailleurs, l'urètre étant toujours très-irritable chez les sujets atteints de fongus, la bougie prépare les voies à la sonde, et le moins de douleur que celle-ci occasionne ensuite compense bien l'inconvénient d'une double introduction.

Du traitement de fongus vésicaux.

Le traitement des fongus de la vessie est essentiellement chirurgical. Mais les moyens qu'on a tentés jusqu'à ce jour n'ont aucune efficacité. Chopart a dit que tous les remèdes internes sont impuissants, que les moyens locaux demeurent également sans effet, et qu'il ne faut compter sur eux qu'autant qu'on a en vue de tenir le cours de l'urine libre, d'empêcher l'accroissement de la tumeur, la dilatation et la varicosité de ses vaisseaux, et sa dégénérescence cancéreuse. Il conseille d'écarter tout excès dans le régime de vie, les exercices immodérés, les secousses du corps, les grands efforts de la respiration, les plaisirs vénériens et tout ce qui est capable d'irriter la vessie. Il recommande aussi de tenir le ventre libre, de prendre des boissons légèrement diurétiques, etc.; de se tenir debout pour satisfaire aux besoins d'uriner, et, si l'urine coule difficilement, d'avoir recours aux sondes flexibles, notamment le matin et le soir. Boyer s'est borné à reproduire les opinions de Chopart. Sœmmering propose l'usage du mercure et un régime doux.

Cette énumération suffit pour faire comprendre combien Chopart avait raison de dire que l'art n'était pas plus avancé par rapport au traitement des fongus vésicaux, qu'eu égard à leur cause et à leur diagnostic ; la maladie ne pouvant point être reconnue d'une manière précise sur le vivant, il n'y avait pas de traitement rationnel possible. Aussi n'avait-on essayé la cure radicale que dans un très-petit nombre de cas, dont j'ai parlé à l'occasion de pierres compliquées de fongus.

Les nouvelles acquisitions de la chirurgie ayant fourni des moyens propres à faire distinguer la maladie chez le sujet vivant, il était tout naturel qu'on se mît à la recherche d'un traitement spécial. Il y a longtemps que je me suis occupé de ce point, comme le prouvent les faits dont j'ai parlé en 1828, dans ma seconde lettre sur la lithotritie, et ceux que j'ai insérés dans une lettre adressée en 1834 à l'Académie des sciences. Dans ce dernier écrit, que plusieurs journaux de l'époque ont reproduit, j'indiquais une série de moyens nouveaux propres à attaquer les fongus vésicaux, et je faisais connaître les résultats que j'en avais déjà obtenus, annonçant d'ailleurs qu'un malade se trouvait en traitement à l'hôpital Necker. Un simple énoncé suffisait dans une communication de ce genre, dont l'unique but était d'appeler l'attention des praticiens sur un sujet d'une si haute importance. Aujourd'hui que la question a grandi, je dois entrer dans de plus longs développements, afin de mettre mes confrères à même d'appliquer des procédés qui m'ont procuré des succès inespérés.

Ainsi que je l'avais annoncé à l'Académie, il y a plusieurs manières d'attaquer les tumeurs ou excroissances fongueuses commençantes, soit du col, soit du corps de la vessie. Pour les bien comprendre, il est indispensable de posséder une connaissance exacte du mécanisme et du mode d'application des instruments lithotriteurs. Je dois ici la supposer chez le lecteur, qui trouvera d'ailleurs tous les éclaircissements nécessaires dans mon Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux.

C'est par le procédé de la ligature que j'ai commencé mes expériences. J'ai renoncé à ce moyen applicable à un trop petit nombre de cas, pour recourir à l'arrachement et à la trituration ; ce dernier mérite la préférence : il est beaucoup plus facile à mettre en pratique qu'on ne pourrait le penser. L'instrument à trois branches, tel qu'il est employé dans la lithotritie, sert pour cette opération. Seulement il faut avoir soin que le lithotriteur glisse avec beaucoup de facilité dans la canule de la pince ; car la résistance du fongus étant trop faible, et la rencontre de ces productions avec l'instrument ne procurant qu'une sensation vague, on pourrait ne pas les sentir, le jeu de ce dernier n'étant pas très-libre. Mais on comprend combien il importe que le chirurgien soit exercé à la pratique de la lithotritie, et combien aussi il est nécessaire d'agir avec circonspection et ménagement.

Lorsque le fongus siége au col de la vessie, après avoir écarté les parois du viscère par une injection, on introduit le trilabe, on l'ouvre largement, et on le ramène à soi, comme pour le retirer. Le dos des branches s'applique contre l'orifice de l'urètre et contre la face interne de la vessie avoisinant le col ; ces surfaces se trouvent alors tendues, écartées, par l'élasticité des trois branches de la pince. On imprime à l'instrument de légers mouvements latéraux, pour s'assurer que l'une des branches ne s'applique pas sur la surface du fongus. Dès que la présence de celui-ci dans l'instrument est constatée, ce qui ne présente aucune difficulté, on rapproche les branches du trilabe, sans imprimer aucune secousse, dans la crainte de changer les rapports de la tumeur avec l'instrument. On maintient la tête du lithotriteur contre l'excroissance, mais sans pousser, et l'on continue de faire glisser la canule sur le trilabe, ou plutôt on tire en même temps sur celui-ci, jusqu'à ce qu'on sente de la résistance. Je ne parle pas de la sensation douloureuse qu'on croirait devoir résulter de là ; en général, le malade souffre peu. Avant de serrer davantage, il est prudent de chercher à savoir si la tumeur a un pédicule,

et si ce pédicule est long ou court, et plus ou moins épais. Dans le premier cas, l'instrument qui embrasse la tumeur se meut avec facilité, et même d'une certaine étendue, sans abandonner le fongus. Dans l'autre, au contraire, ses mouvements sont très-bornes.

Je suppose qu'on a procédé avec tous les ménagements convenables, que la vessie a été remplie de liquide, qu'on n'a agi qu'au voisinage du col. On n'a point à craindre d'avoir saisi les parois vésicales, qui sont tendues et éloignees des branches de la pince. Il n'y a non plus rien d'anormal au col de la vessie, qui puisse venir se placer entre les branches. On s'est assuré préalablement que l'intérieur du viscère ne présente aucun appendice, aucun vice de conformation. Par conséquent il n'y a qu'une production morbide qui puisse se trouver ainsi engagée dans la pince. On peut donc serrer fortement celle-ci, toujours en maintenant l'appareil immobile au col de la vessie, condition indispensable pour que le fongus ne s'échappe pas. Les échelles placées à l'extrémité extérieure de l'instrument font connaître approximativement le volume de cette tumeur, dont on opère l'arrachement par une traction brusque en avant, lorsque la pince, ainsi chargée, peut traverser l'urètre, en arrière et vers le sommet de la vessie, dans le cas contraire. Ce dernier mode est généralement préférable. Le pédicule se trouve coupé, en quelque sorte, à mesure qu'il s'engage entre les deux branches de la pince, qui se touchent d'autant plus qu'on approche davantage du point où le trilabe rentre dans la gaîne. S'il est fort étroit, un très-petit effort suffit pour le rompre. Dans deux cas que j'ai fait connaître, il était plus large, et a opposé davantage de résistance.

Lorsque la tumeur du col vésical a une base large, on éprouve plus de difficulté pour la saisir. A mesure qu'on serre le trilabe, elle tend à s'échapper, et si l'on parvient enfin à la fixer, on trouve que l'instrument est presque immobile. La pression que le trilabe exerce sur elle cause plus de douleur; quelquefois même le malade a de la peine à la supporter, et demande avec instance que l'on cesse. Il ne serait pas prudent alors de tenter l'arrachement, quand bien même la production ne s'échapperait pas du trilabe au moment où l'on tirerait. Si l'on croyait pouvoir opérer, il faudrait recourir à un autre procédé, celui de l'écrassement, qui d'ailleurs est d'une application plus sûre.

Ce procédé ne diffère du précédent qu'en ce qu'au lieu d'arracher le fongus, après l'avoir saisi avec la pince, on le broie en quelque sorte par la pression réunie des branches du litholabe et de la tête du lithotriteur. On se comporte alors comme s'il s'agissait d'un petit calcul ou d'un fragment de pierre. Seulement on serre sans déplacer l'extrémité vésicale de l'instrument, et en ayant soin de ne pas tirer sur le fongus, ce qui pourrait entraîner les inconvénients que j'ai signalés en traitant de l'arrachement. En outre, la douleur serait d'autant plus vive qu'ici la traction, au lieu d'être brusque, s'exécuterait avec lenteur et durerait un certain laps de temps.

Le procédé de l'écrasement est celui que j'ai employé le plus souvent et avec le plus de succès. Mais il y a une précaution qu'on ne doit pas négliger : c'est de choisir un trilabe dont les mors aient beaucoup de resistance; car, avant de faire agir le lithotriteur pour écraser la fongosité, il faut serrer celle-ci avec beaucoup de force, afin d'y détruire autant que possible la sensibilité, et d'éviter des douleurs au malade. Peut-être serait-il avantageux, dans le cas de tumeur dure et à base large, de donner une sorte de tranchant aux côtés des branches du trilabe, pour que la portion saisie du fongus se détachât plus facilement : on pratiquerait de cette manière une espèce d'excision. Mais ce n'est là qu'une vue théorique qu'on ne doit pas confondre avec le procédé dont l'expérience a constaté l'utilité pour les fongus pédicules.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'une opération extrêmement délicate. Dans le cas de fongus à base large principalement, on est exposé à s'écarter des limites du mal; et s'il y avait erreur, la vie du malade serait compromise. Cette pensée m'a détourné d'entreprendre l'opération dans le cas dont il s'agit.

Quand le fongus est pédiculé, on n'a rien à craindre de semblable, et l'experience m'a prouvé qu'on parvient à operer avec toute la précision désirable; en effet, j'ai traité ainsi divers malades qui avaient en même temps la pierre et une excroissance fongueuse du col de la vessie. Dans plusieurs cas, le traitement a été commencé par l'écrasement du fongus, sans arrachement, sans extraction de la partie réduite en pulpe. Aussitôt que l'écrasement est terminé, je fais pivoter le lithotriteur, j'ouvre la pince, et, avant de la refermer pour retirer l'instrument, j'exerce des mouvements de rotation qui la dégagent du fongus. Je n'ai pas remarqué que celui-ci repullulât. Une fois détruit, il tombe et sort avec l'urine, ou bien on en fait l'extraction quelques jours après; le pédicule s'affaisse et s'atrophie, ou du moins on ne le sent plus, malgré tout le soin qu'on peut mettre à explorer le col vésical. Je citerai en entier le fait suivant :

Un tanneur, âgé de vingt-six ans, d'une constitution lymphatique, entra en 1834 dans le service des calculeux. Quatre ans auparavant il avait été pris de dysurie, et cette infirmité, qui persista depuis, était attribuée par lui à la mauvaise habitude de retenir son urine pendant qu'il travaillait. Les accidents s'aggravèrent à diverses reprises, et il survint des hématuries. Le malade, ne pouvant plus uriner que goutte à goutte, et avec des efforts considérables, se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Pendant trois mois de séjour qu'il fit dans cet hôpital, on le soumit à l'usage permanent des sondes élastiques, dont le calibre fut graduellement porté jusqu'au n° 11. Un catarrhe vésical des plus intenses se développa durant ce traitement, qui fut suspendu et repris ensuite. Dans l'intervalle, on soumit le malade à l'usage des pilules de térébenthine, et l'affection catarrhale de la vessie diminua. Cependant, comme ce traitement ne procurait la guérison ni de la dysurie, ni du catarrhe devenu chronique, on établit à la partie gauche du périnée un séton, qui n'eut pas plus de succès. Ce fut alors que le malade passa dans mon service, à l'hôpital Necker. Voici quel était son état : Toutes les demi-heures, il éprouvait

le besoin de rendre quelques gouttes d'urine, qu'il ne parvenait à expulser qu'avec des efforts inouis, accompagnés de la sortie involontaire des matières fécales : il avait de la fièvre; la respiration et la parole étaient entrecoupées; il ressentait, derrière les pubis, une pesanteur et de la tension douloureuse au toucher; les traits, profondément altérés, exprimaient les plus vives angoisses : la nécessité d'uriner presque à chaque instant ne permettait aucun repos. L'ensemble de ces phénomènes était peu rassurant. Des bains de siége, la diète et le repos amenèrent un peu d'amélioration, qui permit d'explorer les organes urinaires. L'urine déposait en abondance des mucosités sanguinolentes. L'obstacle à sa sortie n'avait pas son siége dans l'urètre, car le cathétérisme ordinaire fit reconnaître que ce canal était libre. Plus d'une pinte d'urine fétide s'écoula par la sonde. La vessie avait une ampleur excessive; elle ne parvenait à se débarrasser de son contenu qu'avec une extrême difficulté : cet effet pouvait tenir ou à une faiblesse de contraction, ou à un obstacle au col, ou peut-être à la réunion des deux circonstances; c'est ce qu'il s'agissait de déterminer. Je fis pratiquer chaque jour des injections d'eau fraîche dans le viscère; je prescrivis des bains et des lavements presque froids; j'eus soin que le cathétérisme évacuatif fût répété plusieurs fois dans la journée. Ce traitement fort simple détermina un prompt amendement; les urines cessèrent de déposer des mucosités, et reprirent leur limpidité normale; toutefois la vessie ne les chassait qu'incomplétement, même avec le concours des muscles abdominaux. Je fis faire alors des irrigations froides avec la sonde à double courant. Enfin, j'explorai de nouveau les parties. L'instrument lithotriteur fut introduit et ouvert dans la vessie, après que les parois du viscère eurent été distendues par une injection d'eau tiède. En promenant le trilabe largement ouvert sur la surface interne de l'organe, je ne découvris rien d'anormal. Je procédai alors à l'exploration du col par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en tirant à moi l'instrument sans le fermer, de manière que les branches vinssent s'appliquer contre le pourtour du col; j'exécutai un mouvement de circonduction, pendant lequel une saillie s'engagea entre les branches et arrêta la rotation. Ce premier fait me prouvait qu'une tumeur anormale existait au pourtour du col vésical; mais il fallait en déterminer les caractères. Pour cela, je fis glisser la gaîne sur le trilabe maintenu dans une immobilité absolue; à la première résistance je poussai le lithotriteur, qui me fit reconnaître dans la pince un corps saillant et mou, contre lequel on pouvait appuyer la tête du lithotriteur sans faire souffrir le malade. Je fermai davantage l'instrument, et lorsque la résistance me parut assez forte pour que la tumeur ne pût s'échapper, j'imprimai des mouvements de va et vient, d'inclinaison à droite et à gauche. Ces divers mouvements avaient assez d'étendue pour me démontrer que la tumeur était pédiculée; elle avait d'ailleurs peu de volume, ce que faisait connaître l'échelle du trilabe et surtout la profondeur à laquelle s'était enfoncé le lithotriteur.

Le malade, qui ignorait l'opération pratiquée sur lui, avait peu souffert jusque-là, et j'avais pu sans difficulté acquérir toutes les notions qui m'étaient nécessaires. Ainsi, je savais que rien d'anormal n'existait à la face interne du corps de la vessie, que la prostate se trouvait pour ainsi dire dans son état naturel; je savais, à n'en pas douter, que la tumeur était implantée sur l'angle antérieur du col vésical, et les mouvements faciles du trilabe m'assuraient qu'elle était pédiculée. Je procédai à l'écrasement. Après avoir desserré la vis de pression qui empêchait tout mouvement de la gaîne sur la pince, je tirai fortement sur celle-ci, en même temps que je poussais le perforateur, avec lequel j'exerçais des mouvements de trituration. Tous les assistants furent étonnés du peu de douleur que le malade ressentit pendant l'opération, qui n'exigea que quelques secondes. La tumeur, frappée de mort, fut expulsée le même jour avec l'urine; elle formait une masse longue de six lignes sur trois d'épaisseur. Aucun accident ne survint : il s'écoula seulement un peu de sang avec les premières urines. Dès ce moment, le malade put uriner à plein canal et par un jet rapide. Quelque temps après, une autre tumeur fongueuse, analogue à la précédente, fut saisie et traitée de la même manière; elle demeura dans les branches de l'instrument, qui la ramena. Les fonctions de la vessie se régularisèrent; il resta néanmoins un peu de paresse, que je combattis par des injections froides. Le malade ne tarda pas à partir pour son pays, dans un état satisfaisant.

Le même procédé peut être employé dans l'intérieur de la vessie, lorsque l'excroissance fongueuse est molle, flottante et facile à déchirer. Parmi les malades que j'ai traités de cette manière, le cas le plus intéressant est celui qui est cité dans ma lettre à l'Académie des sciences. C'est un fait remarquable, surtout relativement au volume de la tumeur que je parvins à détruire, et qui était grosse comme une petite noix. J'eus pour témoins un grand nombre de praticiens nationaux et étrangers, car il s'agissait d'une opération nouvelle, généralement regardée comme impossible, et à l'exécution comme au resultat de laquelle on prenait un vif intérêt. Il n'y eu tpas d'accidents et le malade guérit parfaitement.

Au lieu du trilabe, on peut, au besoin, employer le lithoclaste ou l'instrument courbe articulé. Deux fois je me suis servi avec succès du premier de ces instruments. Mais, en général, je préfère le trilabe, parce qu'il met à même d'établir le diagnostic avec plus de précision, et de cette manière expose moins à commettre des méprises, qu'il faut d'autant plus soigneusement éviter, qu'elles pourraient devenir fâcheuses pour le malade. On comprend, en effet, que si, au lieu d'une excroissance fongueuse, on allait saisir une colonne charnue de la vessie, les conséquences seraient des plus graves. Les instruments courbes rendent plus difficile de distinguer si la tumeur est pédiculée ou si elle a une base large. Du reste, à quelque procédé qu'on ait recours pour l'extirpation ou l'écrasement des tumeurs fongueuses du corps de la vessie, il faut agir avec une délicatesse et un soin extrêmes, sans négliger une seule des précautions que j'ai indiquées.

Lorsque l'excroissance a son siége au col de la vessie, il serait imprudent de tenter une opération

sans avoir préalablement écarté les parois de l'organe par une injection. Cette précaution devient plus nécessaire encore quand il s'agit d'opérer dans le bas-fond du viscère. On comprend sans peine qu'en cherchant à saisir une production fongueuse, on serait exposé à saisir les parois vésicales elles-mêmes, si elles n'étaient pas tendues, et si l'on n'avait point obtenu par ce moyen la certitude que rien de normal ne peut alors être en relief sur la surface interne de la poche urinaire. D'ailleurs, en opérant la vessie vide, ou même trop peu remplie, les difficultés ne seraient pas moins grandes que les dangers menaçants, et l'on se trouverait à peu près dans la même position qu'à la suite de l'opération de la taille.

Chez les calculeux, c'est surtout pendant les dernières explorations, ayant pour but de contater la guérison après la lithotritie, que l'on reconnaît les petites excroissances fongueuses du corps de la vessie. Tant que la pierre existe, il est rare qu'elles se présentent dans l'instrument, à moins qu'elles ne soient volumineuses, et alors elles gênent la manœuvre au point qu'il convient de commencer par en pratiquer l'attrition. Toutefois cette règle n'est pas sans exceptions. Dans un grand nombre de cas, en effet, j'ai opéré la destruction de la pierre par la lithotritie, bien que j'eusse constaté dès le principe l'existence d'un fongus plus ou moins volumineux; plus d'une fois même, quand la santé générale était délabrée, je n'ai pas touché à la masse fongueuse, me contentant de conseiller des injections fréquentes et continues pendant longtemps, afin de prévenir le retour de la pierre, toujours à craindre en pareille circonstance. On se guide alors d'après l'état général du sujet, celui des parties malades, la position, le volume et le mode d'insertion du fongus, et enfin le plus ou moins de dificulté qu'il apporte à la manœuvre de la lithotritie. Je citerai à ce sujet le cas suivant :

Un adulte fortement constitué, mais épuisé par les douleurs, souffrait horriblement depuis deux années. Les premiers symptômes furent vagues : on les combattit par divers moyens, qui demeurèrent sans effet. Deux praticiens, appelés en consultation, ne s'accordèrent pas ensemble sur la nature de la maladie, et le sujet vint à Paris réclamer mon avis. Il me fut facile de reconnaître un calcul, qui me parut peu volumineux, friable et facile à détruire par les procédés de la lithotritie; mais il y avait un catarrhe vésical très-intense, l'émission de l'urine se faisait avec difficulté; il y avait fièvre, avec perte d'appétit et de sommeil; la prostate semblait avoir augmenté de volume. Malgré ces circonstances peu favorables, je n'osai pas proposer la taille, pour laquelle le malade m'avait déjà témoigné son invincible éloignement, et j'essayai la lithotritie pour savoir au juste quel était le volume de la pierre. Je ne m'attendais pas à rencontrer en même temps une série de fongosités dans la vessie. La pierre fut cependant saisie et attaquée : elle était phosphatique. Les premiers fragments que la malade rendit lui donnèrent du courage. Il fallut huit séances très-courtes et faites à d'assez longs intervalles pour détruire le calcul et provoquer l'expulsion des débris. Cette dernière partie fut la plus difficile; on aurait dit que les fragments s'accolaient aux fongosités. Pour les déplacer, il me fallut exercer une sorte de grattement avec le tithoclaste à larges cueillers et faire beaucoup d'injections coup sur coup, au moyen de la grosse sonde à grands yeux, dont je me sers en pareil cas. Dans les dernières explorations, je sentais bien distinctement les saillies de la face interne de la vessie. Toutefois, je ne tentai pas de les saisir, parce qu'elles me parurent peu développées. D'ailleurs, l'amélioration de la santé générale et la diminution progressive du catarrhe, à dater du moment où il n'exista plus de pierre, me permettaient d'espérer qu'lles resteraient stationnaires, si même elles ne s'effacaient peu-à-peu. J'ajouterai que, comme elles étaient fort nombreuses, il aurait faillu multiplier les opérations, qui auraient présenté de grandes difficultés, et le malade ne les aurait peut-être pas supportées. Je ne vis, en pareil cas, aucun inconvenient à différer, à s'abstenir même; à mesure que les faits se multiplient, ils me confirment de plus en plus dans cette opinion.

Ainsi, en ce qui concerne les très-petits fongus de la vessie chez les calculeux, il y a une remarque importante à faire et qui doit servir de guide au praticien. Ces productions morbides sont presque toujours le résultat de la pierre; elles restent stationnaires, si même elles ne diminuent dès que le corps étranger est enlevé, de manière qu'après avoir constaté la présence d'un ou plusieurs petits fongus dans les dernières explorations, il convient d'attendre quelques mois. Depuis que j'ai adopté cette marche, j'ai évité à plus d'un malade une opération qui m'avait d'abord paru nécessaire. Les excroissances se sont affaissées au point que, dans la plupart des cas, il en restait à peine des traces, et qu'à coup sûr je ne les aurais pas reconnues si je n'avais pas connu par avance l'emplacement qu'elles occupaient. Je possède plusieurs faits de cette nature qui confirment pleinement ce qu'avaient fait déjà pressentir quelques cas de taille dans lesquels on avait laissé subsister des tumeurs fongueuses considérables, sans que les malades éprouvassent rien. La marche du praticien est donc nettement tracée, mais il ne doit pas perdre de vue son malade. Le cas est grave, si le fongus ne diminue point; si au contraire l'excroissance prend du développement et de la consistance, les jours de l'opéré sont compromis. Il importe donc d'être sur ses gardes, et de multiplier au besoin les explorations vésicales, car nous n'avons aucun moyen de déterminer *à priori* ce que la tumeur deviendra après l'extraction de la pierre. Du reste, à part les difficultés de l'opération et les conditions qu'elle exige de la part du chirurgien, la destruction des fongus de la vessie par arrachement ou par écrasement n'est ni aussi grave, ni aussi dangereuse qu'on pourrait le supposer au premier aperçu. Ce n'est même pas d'aujourd'hui que la question se trouve jugée sous ce point de vue. Depuis longtemps, en effet, on a vu des fongus être arrachés en partie ou en totalité dans les manœuvres de la cystotomie, et cependant les malades guérir. Des faits cités par Corvillard et Desault l'attestent sans réplique. Quelques cystotomistes de profession, Baseilhac, par exemple, ont même

considéré cette complication comme peu importante. A la vérité, on connaît d'autres cas dans lesquels la systomie, avec extraction de pierre et arrachement de fongus, a été suivie de la mort; mais pourrait-on affirmer que l'issue fatale de l'opération dépendait du fongus? La taille est-elle du nombre de ces opérations dont le résultat doit être regardé comme à-peu-près constant, lorsqu'il n'existe pas de complications? Quoique les faits nouveaux soient peu nombreux encore, ils suffisent pour rassurer les esprits timorés. Plusieurs opérations ont été couronnées d'un succès complet; d'autres se sont terminées d'une manière moins satisfaisante; mais aucune encore n'a été fatale. Ici d'ailleurs, comme dans beaucoup d'autres cas chirurgicaux, la mort est souvent une coïncidence plutôt qu'un résultat direct.

Dans quelques-uns des cas auxquels j'ai appliqué les moyens dont je viens de parler, la guérison a été complète; peu de jours ont suffi pour que les malades recouvrassent l'entière faculté de rendre naturellement l'urine, et que tous les phénomènes morbides disparussent. Dans d'autres, ce double résultat est demeuré incomplet; les sujets ont mieux uriné, mais ils ont conservé de la gêne, de la douleur, des symptômes de catarrhe, des besoins fréquents d'uriner, de la lenteur pour y satisfaire. Faut-il en accuser ce qui était resté du pédicule de la tumeur fongueuse? Quelques observations m'ont paru prouver qu'il en était ainsi. C'est dans ces cas principalement que les application de nitrate d'argent sur le point où la tumeur avait son siège ont produit d'heureux résultats. Mais, comme dans la plupart des maladies du col vésical, il ne faut pratiquer que des cautérisations transcurrentes, très-courtes, et séparées par de longs intervalles. Ce moyen a surtout réussi, lorsqu'au lieu de véritables tumeurs isolées, parfaitement dessinées, et assez saillantes pour être saisies avec un instrument, il y avait au col de la vessie boursouflement de la membrane muqueuse et état fongueux plutôt que véritable fongus. Or, un tel état de choses n'est pas rare; la saillie qui en résulte est assez prononcée pour qu'on la rencontre avec le lithotriteur, mais trop faible pour que le trilabe puisse la pincer. Deux ou trois applications de nitrate d'argent m'ont assez bien réussi alors.

Qu'on se soit borné à arracher ou à écraser le fongus, qu'on l'ait cautérisé, ou qu'on ait successivement employé ces deux modes de curation, les heureux résultats qu'on obtient d'abord ne se soutiennent pas toujours, comme je l'ai dit. Au bout de quelques mois, les premiers symptômes reparaissent : il y a des besoins fréquents d'uriner, avec difficulté et douleur pour y satisfaire; les accidents névralgiques et ceux du catarrhe vésical surviennent. J'ai été appelé à explorer la vessie dans deux cas de ce genre; je n'ai pas reconnu que l'excroissance fongueuse se fût reproduite; l'irritabilité du col vésical était telle que les malades pouvaient à peine supporter le contact de la sonde. Dans l'un des cas, j'ai appliqué avec un succès complet le traitement des névralgies opiniâtres; dans l'autre, le malade a été soigné par un de mes confrères.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ont dû faire pressentir que les nouveaux moyens dont j'ai proposé l'emploi pour le traitement des fongus, ne sont applicables qu'au début de la maladie, ou du moins lorsque la production morbide n'a pas pris un développement qui empêche d'introduire les instruments dans la vessie et de les y manœuvrer. Pour juger ces moyens, il faut se borner strictement aux cas qui sont susceptibles de les admettre. C'est un écueil qu'on ne sait point toujours éviter en chirurgie. Soit que les indications n'aient pas la précision désirable, soit que des hommes inexpérimentés veuillent outrepasser les bornes qui ont été prescrites, il arrive bien souvent qu'on procède sans règle, sans méthode, sans discrétion, de sorte qu'on n'obtient rien de satisfaisant, ou qu'on nuit; puis l'on se hâte du juger et de condamner sur de si mauvais élémenents. Ce qu'il y a de plus affligeant, c'est que les hommes graves ne savent pas toujours se garantir d'une telle légèreté.

(*Gazette des Hôpitaux*, *n°* 106 et 108.)

---

26. *Du cancer de la vessie. — Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des Sciences;* par le même.

L'usage est devenu assez général de considérer le cancer de la vessie comme formant une classe à part au milieu des maladies dont le réservoir de l'urine peut être atteint. On perd ainsi de vue qu'il n'est, à proprement parler, qu'un mode de terminaison de plusieurs autres états morbides. Mais cette hypothèse n'a rien qui doive nous surprendre. En effet, l'insuffisance des moyens d'exploration accrédités jusqu'à nous, l'absence presque complète de symptômes propres à faire découvrir le début de la maladie, ou du moins le défaut de caractères spéciaux dans ceux qui peuvent exister, et qui appartiennent également à beaucoup d'affections vésicales, devaient concentrer l'attention entière sur les graves désordres qui éclatent quand le mal, après un grand développement, a subi la dégénérescence cancéreuse. D'ailleurs, après la mort, c'est le cancer surtout qui frappe les yeux. Aussi Desault, Chopart et autres auteurs non moins estimés ne parlent-ils que de lui, sans faire mention des engorgements prostatiques, des fongus, etc., qui en avaient été les formes primitives.

D'un autre côté, les dénominations de cancer et de carcinôme ont été improprement étendues à des tumeurs qui n'avaient nullement ce caractère, puisqu'elles sont demeurées stationnaires ou même ont disparu lorsqu'on est parvenu à en écarter les causes. Par exemple, Chopart qualifie de fongus sarcomateux une tumeur lisse, dure, à base large et du volume d'une noisette, que Deschamps rencontra dans la vessie d'un enfant de douze ans, auquel il pratiquait la cystotomie pour un calcul vésical. Cette tumeur occupait la partie antérieure et un peu latérale droite de la vessie, à un pouce de l'orifice urétral. Elle fut reconnue également par Boyer et Chopart, qui assistaient à l'opération. On ne fit au-

cun traitement particulier, et l'enfant sortit guéri de l'hôpital au vingtième jour. Certes, s'il se fût agi là d'un carcinôme, le résultat aurait été bien différent.

C'est donc par abus des mots, autant que par suite du vague des moyens diagnostiques, qu'on a tant prodigué les appellations de cancers, de carcinômes et autres synonymes, aux tumeurs de la face interne de la vessie, qui ne les méritent qu'autant qu'elles ont subi les transformations et les dégénérescences constituant le cancer proprement dit.

Quoi qu'il en soit, plusieurs des tumeurs vésicales internes dont j'ai tracé l'histoire prennent un caractère cancéreux en vieillissant. Je sais que Chopart et autres ont émis une opinion différente; mais évidemment ils se trompaient, et, pour s'en convaincre, on n'a qu'à suivre pas à pas le développement des excroissances fongueuses de la vessie.

Sous quelle influence ces transformations s'opèrent-elles? L'observation ne nous apprend rien là-dessus. Nous les voyons survenir dans des cas où l'on aurait cru ne pas devoir s'y attendre, tandis que, dans d'autres cas où elles semblaient imminentes, la tumeur restait stationnaire. A la vérité, ce sont là des exceptions; car, en général, parmi les tumeurs dures, mamelonnées, tuberculeuses, les unes ont de la tendance à se ramollir, à suppurer, à se détruire, en un mot, à revêtir les caractères spéciaux de ce genre de dégénérescence; les autres dégénèrent sans ramollissement notable.

J'ajouterai quelques faits nouveaux au petit nombre de ceux dont la science est déjà en possession, et qui sont assez incomplets pour que de graves auteurs se soient crus autorisés à nier l'existence des cancers vésicaux. Je regrette de me trouver ici en opposition avec des hommes recommandables qui professent que le cancer de la vessie est extrêmement rare. Ils s'appuient sur ce que Chopart et Desault n'en ont cité qu'un exemple chacun. De tels témoignages sont certainement respectables; mais ils ne doivent faire loi qu'autant que l'expérience s'accorde avec eux, et c'est ce qui n'a point lieu ici. On a d'autant plus de peine à comprendre leurs doutes que, dans les cas cités par eux, il y avait plutôt squirrhe que cancer véritable. Or, cet état squirrheux n'est pas rare dans les tumeurs vésicales.

Je pourrais, si je ne craignais de trop allonger cet article, citer des cas qui ont été décrits par MM. Kruger, Diener, Ficker, Plieninger, Horn, Marshall, Paul, Mercier, Tardieu, etc. Lorsqu'on aura multiplié davantage les autopsies, il sera facile de se convaincre que cette terminaison des maladies organiques de la vessie est assez commune. Dans l'espace de quelques années, j'ai rencontré plusieurs exemples, non-seulement de tumeur squirrheuse, mais encore de cancer ulcéré. J'en ai mentionné deux dans le Traité de l'affection calculeuse, et un dans le traitement préservatif et curatif de la gravelle. En voici encore quelques-uns :

— Le nommé Pardoux, âgé de quarante-quatre ans, et d'une forte constitution, entra, en 1834, à l'hôpital Necker, pour y subir la lithotritie. Ce malade souffrait depuis longtemps de la pierre, mais les douleurs avaient d'abord été légères et séparées par de longs intervalles; il avait fallu qu'elles prissent beaucoup d'intensité pour vaincre l'aversion que lui inspirait toute espèce d'opération chirurgicale. Au moment de son admission, la santé générale était encore bonne, quoique les besoins d'uriner fussent très-rapprochés, que la sortie de l'urine causât de fortes douleurs, et que ce liquide fût très-chargé de mucosités. Le cathétérisme fit connaître que la vessie contenait une grosse pierre, qui paraissait néanmoins s'engager en partie dans le col, ce qui indiquait qu'elle avait une forme allongée, et qu'elle offrait une extrémité peu volumineuse, ou que le col de la vessie était fort dilaté. Je fus frappé de la saillie que le corps de l'organe faisait à la région hypogastrique. C'était une tumeur arrondie, soulevant les téguments, que l'on distinguait nettement par le toucher, et faisant penser ou que le calcul avait beaucoup de volume, ou la paroi vésicale une grande épaisseur. Du reste, il n'y avait rien de particulier ni dans le caractère des douleurs, ni dans l'état général du sujet, ni dans les qualités de l'urine. Le volume présumé de la pierre et le racornissement de la vessie me faisaient seulement craindre que la lithotritie fût impraticable, d'autant plus que, l'urètre étant étroit, il n'y avait pas moyen d'employer de gros instruments. Toutefois, je parvins à saisir et fixer le corps étranger; mais le malade souffrait beaucoup : il survint un engorgement du testicule. Je crus donc ne devoir point insister sur l'application de la nouvelle méthode, dont le succès était au moins douteux. La cystotomie fut proposée quelque temps après, et accueillie par le malade. Mon confrère, M. Laugier, la pratiqua par le procédé bi-latéral.

L'extraction de la pierre ne présenta rien de particulier, à l'exception d'un écoulement de sang, qu'on arrêta par les astringents et une compression légère. L'opération fut aussi simple et aussi prompte que possible. Pendant les premiers jours il ne survint pas d'accidents; mais on remarqua qu'il ne se faisait aucun travail du côté de la plaie, et que la réaction était nulle. Le malade mourut le neuvième jour. On trouva deux calculs et quelques petits abcès dans les reins. La paroi postérieure de la vessie était envahie par une énorme tumeur carcinomateuse, ramollie au centre, où se trouvait une caverne qu'on eût pu prendre pour la vessie elle-même, dont la cavité réelle était située au-devant et au-dessus de la masse cancéreuse. C'était cette cavité vésicale, presque entièrement occupée par la pierre, qui faisait tumeur à l'hypogastre; elle était soulevée et rendue saillante par la masse concéreuse de la paroi postérieure. S'il fallait une nouvelle preuve de la difficulté d'établir un diagnostic rigoureux des altérations, même profondes, des parois de la vessie, on la trouverait dans le fait dont je viens de donner les détails. Il semblerait qu'on eût dû soupçonner l'existence d'une tumeur si volumineuse, qui avait causé tant de désordres, et tout au moins la reconnaître pendant les manœuvres de la cystotomie; et cependant elle demeura inaperçue jusqu'au moment de l'ouverture du corps.

— Chiquet, cocher, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution jadis forte, mais aujourd'hui délabrée, n'avait jamais eu de maladie grave. Depuis

longtemps il était sujet à des douleurs néphrétiques. Lorsqu'il entra à l'hôpital Necker, le 3 novembre 1836, il portait sur la figure le cachet des affections cancéreuse. Cinq ou six ans auparavant, il avait commencé à éprouver, dans le fondement et au bout de la verge, des douleurs qui avaient cessé d'abord pour reparaître ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces douleurs passagères ne l'empêchaient pas de vaque à ses occupations et ne l'inquiétaient point : il n'éprouvait alors aucune difficulté pour uriner. Mais peu à peu l'excrétion de l'urine ne se fit plus qu'avec peine et douleur ; un moment arriva même où le liquide ne coula que goutte à goutte, et avec des efforts inouïs. Le malade se livra successivement à plusieurs charlatans, dont l'un lui donna une eau qui lui fit rendre, disait-il, une grande quantité de graviers. L'un de ces graviers s'arrêta dans l'urètre, et obligea Chiquet d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où M. Roux le débarrassa du corps étranger après l'avoir écrasé. Pendant cinq semaines de séjour dans cet hôpital, il continua de rendre des graviers, et fut souvent sondé, ce qui le fit beaucoup souffrir. L'instrument pénétrait à une grande profondeur, et il ne s'écoulait que du sang avec peu d'urine. De l'Hôtel-Dieu, ce malade passa à l'hôpital de la Pitié, puis reçut les soins d'un de mes élèves, M. Leroy. Lorsque je le vis, il ne pouvait expulser une seule goutte d'urine sans le secours d'une sonde. Les besoins de rendre ce liquide étaient presque continuels, et accompagnés d'efforts considérables et douloureux qui retentissaient à l'anus, de manière à faire sortir involontairement les matières fécales. Le malade assurait que l'urine s'échappait aussi par le fondement. Il était fort maigre, avait la figure crispée et jaune paille. En portant la main au-dessus des pubis et derrière, on sentait une tumeur dure faisant saillie et se dirigeant du côté droit. Je reconnus que la prostate était énormément tuméfiée et proéminente dans le rectum. Le cathétérisme présentait de grandes difficultés : on avait d'autant plus de peine à parvenir dans la vessie que la sonde pénétrait souvent dans une large et profonde excavation située au-dessous de la prostate hypertrophiée. Le doigt, porté dans l'anus, sentait la partie courbe de l'instrument libre dans cette poche, qui pouvait contenir presque le tiers d'une seringue à injection, et dont le liquide sortait par un jet intermittent lorsque l'on appuyait sur l'hypogastre. Pour parvenir dans la vessie, il fallait abaisser fortement la main aussitôt que l'instrument était arrivé devant l'espèce de barrière formée par le corps de la prostate. Les urines étaient bourbeuses, purulentes, fétides, et souvent chargées d'une matière floconneuse qui obstruait la sonde quand on jugea nécessaire de la laisser en permanence.

De pareils désordres ne laissaient aucun doute sur l'existence de lésions organiques profondes. Le malade était atteint d'un cancer de la vessie, avec excavation sous-prostatique considérable. Rien ne pouvait le soustraire à la mort, qui eut lieu le 6 décembre. Les reins, d'un tiers plus volumineux que d'ordinaire, étaient ramollis, de couleur pâle, mais sans lésion appréciable de tissu ; on n'y remarquait ni abcès, ni ulcérations. Les deux uretères étaient fort dilatés, ils avaient huit à dix fois le diamètre normal : leurs parois étaient minces et ramollies ; celui du côté droit offrait, à un pouce et demi de la vessie, un étranglement formé par un repli volontaire de la membrane muqueuse et du tissu sous-jacent induré. Après avoir serré les pubis et les ischions à droite et à gauche, on enlève avec soin une masse considérable, inégalement bosselée, dans laquelle se trouvaient compris la vessie, le rectum, la verge et des tissus accidentels, qui non-seulement remplissaient l'excavation du petit bassin, mais encore faisaient saillie au-dessus du détroit supérieur. On sépara cette masse des os auxquels elle adhérait par un tissu cellulaire lâche, et l'on détacha l'urètre de l'arcade sous-pubienne. Ce dernier canal ne présenta d'autre altération que quelques lacunes plus ou moins profondes dans la partie membraneuse, dont les parois étaient de couleur noire. Sa portion prostatique, fort allongée, avait obéi au développement énorme de la prostate, et surtout du moyen lobe. Il résultait de cette dernière hypertrophie une déviation de l'urètre de bas en haut et un peu obliquement sur la gauche. Les lobes latéraux de la prostate étaient d'un tissu jaune, lardacé, plus durs supérieurement qu'inférieurement. La désorganisation n'y avait d'ailleurs pas fait autant de progrès que dans le lobe moyen, qui était ramolli, presque diffluent, et qui envoyait dans l'intérieur de la vessie trois prolongements considérables, fongoïdes, d'un tissu assez semblable, par sa consistance et ses granulations, à des ris de veau, mais d'une couleur noire. Les parois de la vessie avaient quatre lignes au moins d'épaisseur. La surface interne, noirâtre, était sillonnée de nombreux et épais replis. La capacité du viscère, qui pouvait contenir environ cent vingt grammes de liquide, était en partie remplie par les fongus dont j'ai parlé, et dont le plus gros se trouvait à droite.

Voilà pour la vessie proprement dite, pour ce qu'on pourrait appeler la vessie supérieure ; car, au-dessous du moyen lobe droit de la prostate, il existait une large et profonde excavation, presque aussi étendue que la poche urinaire elle-même. Cette excavation avait pour plancher supérieur, outre les parties que je viens d'indiquer, la région inférieure et postérieure de la vessie, avec laquelle elle communiquait. Son plancher inférieur était constitué par la paroi antérieure du rectum, dans lequel s'ouvraient trois fistules, qui communiquaient avec la vessie à sa partie droite et inférieure. Un stylet, introduit dans deux de ces trajets, permit de les inciser et d'en voir les parois organisées. Un clapier, pouvant loger une grosse noix, se trouvait derrière les orifices qui s'ouvraient dans le rectum à six pouces environ de la marge de l'anus. Plusieurs kystes encéphaloïdes, de forme et de grosseur diverses, s'étaient développés soit dans le tissu de la vessie elle-même à laquelle ils adhéraient intimement, soit dans les tissus environnants. Ces kystes existaient principalement sur les parties latérales droite et supérieure de la vessie. En les incisant, on voyait paraître de la matière cérébriforme très-ramollie.

— Un calculeux, âgé de soixante-cinq ans, et fortement constitué, souffrait depuis longtemps de

la pierre, dont l'existence n'avait cependant point été reconnue, malgré plusieurs explorations faites à ce sujet avec des sondes droites et des sondes courbes. On se contenta de prescrire des moyens propres à calmer l'irritation de la vessie, mais dont l'usage prolongé n'amena aucun résultat.

Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital Necker, le 10 décembre 1832. Je m'assurai, par le cathétérisme, que la vessie contenait une grosse pierre, que d'ailleurs la prostate était fort volumineuse, enfin que la poche urinaire et l'urètre saignaient avec une grande facilité. Ces premières notions ne me laissaient guère de doutes sur l'impossibilité d'appliquer la lithotritie. Un traitement médical, sous l'influence duquel l'irritation déterminée par la présence des calculs se calme presque toujours, au moins pour un certain laps de temps, ayant été inutile, il fallut songer à faire choix d'un procédé opératoire. Le malade se décida d'autant plus promptement à subir la cystotomie, que cette opération ne lui causait pas trop d'effroi, et qu'elle réunissait, en effet, des chances favorables. Elle fut faite par l'hypogastre; mais elle présenta quelques difficultés : l'extraction de la pierre fut surtout longue, malgré la dextérité du chirurgien qui la pratiquait. La mort eut lieu au septième jour. On trouva, entr'autres lésions de l'appareil urinaire, une énorme tumeur carcinomateuse, occupant la face postérieure et le côté gauche de la vessie, et formant une saillie qu'on aurait pu sentir par l'hypogastre, si le malade eût eu moins d'embonpoint, et si l'on eût été conduit par le moindre indice à faire des recherches minutieuses de ce côté. La partie de cette tumeur saillante dans la vessie était ramollie et ulcérée, tandis que celle qui se trouvait confondue avec les parois de l'organe avait une dureté considérable.

— Le 11 mars 1839 se présenta à la consultation de l'hôpital Necker, un ancien militaire, Dupont, âgé de soixante-dix ans, qui, depuis plus d'une année, souffrait du côté de la vessie; toutefois, les douleurs n'avaient pas de caractère constant. On employa d'abord divers calmants, puis on eut recours aux eaux de Vichy. Les urines, jusque-là troubles, reprirent une couleur citrine; mais, malgré l'usage des eaux, continué pendant six mois, le malade fut si peu satisfait de son état, qu'il prit le parti de se faire admettre à l'hôpital. Il était faible, sans appétit ni sommeil, avec des besoins d'uriner fréquents, des douleurs vives pour y satisfaire, et du dévoiement. Je me bornai à calmer les douleurs de la vessie par un traitement médical approprié, ne me dissimulant pas qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur une constitution si minée. Plusieurs fois on introduisit la sonde, pour savoir si la vessie se vidait bien. On n'obtint qu'un léger soulagement, qui ne se soutint même pas; le hoquet survint, et le malade mourut. On trouva dans le rein gauche trois vastes foyers purulents. L'uretère du même côté était dilaté et plein de pus; il présentait deux rétrécissements marqués, l'un à la partie moyenne, et l'autre à l'orifice vésical. Les parois de la vessie étaient hypertrophiées. On rencontra dans ce viscère du pus et quelques graviers. A l'orifice interne de l'urètre et sur le trigone, du côté gauche, était une tumeur cancéreuse, peu saillante, mais évasée et à bords relevés, d'où s'écoulait un ichor extrêmement fétide. Au côté droit du col vésical, on remarquait une autre petite tumeur arrondie et pédiculée. Le passage du fongus à l'état cancéreux était ici très-prononcé; mais, pendant la vie, on n'avait aperçu aucun symptôme propre à faire soupçonner ni un fongus, ni un cancer.

— En faisant des recherches anatomiques à l'hôpital Beaujon, nous avons trouvé en 1828, M. Castello et moi, un cas de cancer fort remarquable qu'on n'avait pas soupçonné pendant la vie. Dans la région de l'aine du côté droit existait une tumeur du volume des deux poings, formant saillie dans la cavité abdominale, et aussi dans la vessie, dont les parois étaient en partie envahies, ainsi que l'uretère du même côté. On remarquait dans cette tumeur les divers degrés de la dégénérescence carcinomateuse, et dans quelques points le ramollissement était si avancé qu'on sentait de la fluctuation; elle renfermait un liquide d'apparence crémeuse; mais il fut impossible de découvrir les voies de communication entre la vessie et l'intérieur de la tumeur. Celle-ci, du reste, avait déplacé la vessie qui se trouvait vis-à-vis le trou sous-pubien gauche; le col vésical et l'urètre avaient été rejetés aussi du même côté, et le tissu cellulaire voisin participait à la lésion, qui avait respecté le canal intestinal.

Tous ces faits prouvent que plusieurs tumeurs de la vessie peuvent passer à l'état de carcinome; mais ils établissent aussi que la dégénérescence s'accomplit sans symptômes propres à la faire soupçonner, et que nos moyens d'exploration sont d'autant plus insuffisants qu'il est presque toujours fort difficile et souvent même impossible de les employer. Les caractères de la douleur, la nature de l'urine, les effets du séjour de la sonde dans la vessie, l'amaigrissement rapide du malade, la fièvre, les mouvements nerveux, n'ont ici rien de spécial, quoi qu'aient pu dire quelques auteurs graves, qui n'ont tiré leurs conséquences que de faits accomplis, et qui n'ont attribué ces symptômes au cancer vésical que parce qu'ils les avaient observés dans des cas où l'autopsie était venue révéler l'existence d'une tumeur cancéreuse. Quant à la sortie par l'urètre d'une matière cérébriforme, ou, comme dit le vulgaire, de lambeaux de chair pourrie, c'est un fait important; mais, outre qu'il se présente rarement, on voit aussi quelque chose d'analogue dans les catarrhes très-avancés, et dans quelques cas graves de calculs ou de fongus, où l'urine du malade est chargée de mucosités concrètes, réduites en flocons et ayant une apparence d'organisation.

On a attaché quelque importance aux douleurs habituelles et aux hémorrhagies fréquentes chez certains malades dans la vessie desquels des carcinomes ont été découverts après la mort. Mais ces symptômes n'ont rien de constant, et, fussent-ils même portés à un très-haut degré, ils n'auraient pas la valeur qu'on a paru vouloir leur attribuer; car rien n'est plus variable que les douleurs de la vessie, à quelque cause qu'elles se rattachent, et les hémorrhagies peuvent dépendre d'états morbides fort différents les uns des autres.

Les cancers de la vessie sont dans le même cas que la plupart des autres maladies de l'appareil

urinaire. En y attachant, par une sorte de convention tacite, des groupes de phénomènes arbitrairement choisis, on nuit aux progrès de l'art, parce qu'une foule d'imitateurs admettent sans examen la véracité des tableaux de fantaisie dont ils trouvent le tracé dans les livres, et ne se donnent pas la peine de les soumettre au creuset de l'expérience. C'est là un grave écueil que peu de praticiens savent éviter.

Je ne puis terminer ces considérations sans faire une remarque au sujet des nouvelles explorations vésicales appliquées au diagnostic des cancers. A l'époque où l'on est appelé à constater l'existence d'un cancer vésical, la maladie primitive est si avancée et l'état général si grave, qu'on hésite à soumettre le malade à des investigations que l'impuissance de la thérapeutique rend nuisibles. Dans plusieurs des cas qui se sont offerts à moi, j'ai reculé devant cette considération. On comprend d'ailleurs combien doit être faible la portée des explorations en pareil cas. Elles feront bien connaître une tumeur, une excroissance, une induration, dans un petit point des parois vésicales; mais elles n'apprendront rien sur la dégénérescence que ces tumeurs pourraient avoir subies. C'est donc un moyen de recherches dont il faut user ici avec beaucoup de circonspection.

(*Ibidem*, n° 113.)

---

27. *Considérations sur les abcès dans l'épaisseur des parois vésicales et sur leur traitement*; par M. Civiale.

Les abcès dans les parois vésicales ne sont point rares. Les auteurs en citent plus d'un exemple. J'en ai observé plusieurs, surtout chez des sujets atteints de la pierre, et j'en ai déjà fait connaître quelques-uns dans mon Traité de l'affection calculeuse. Ces collections purulentes présentent beaucoup de variétés, eu égard à la disposition du liquide qui les constitue, à leur mode de développement et de terminaison.

Sous le premier point de vue, il arrive quelquefois que le pus s'infiltre entre des mailles du tissu cellulaire de la vessie, en sorte que les parois de l'organe acquièrent beaucoup d'épaisseur, ce dont il existe divers exemples consignés dans les livres, un entre autres rapporté par Bonet. Ailleurs, le pus semble diviser ces mêmes parois en couches superposées, entre lesquelles il s'étale sous forme de nappe, comme Ruysh l'a vu ; à proprement parler, ce n'est là qu'une simple nuance du cas précédent. Dans certains cas, le liquide se réunit en plusieurs petits foyers distincts et disséminés sur une surface plus ou moins étendue; enfin, il peut arriver qu'il se rassemble en une ou plusieurs mases d'un volume plus ou moins considérable. Hellwig a trouvé, chez une femme, la vessie très-volumineuse, par le fait d'un dépôt de pus fétide entre ses tuniques, dont l'interne était intacte. La vessie d'un homme offrit à Chopart, dans l'épaisseur de ses parois, deux vastes foyers séparés l'un de l'autre, au côté droit, près du cœcum. A cette catégorie se rapportent plusieurs des cas qui se sont offerts dans ma pratique. On verra plus bas que ces collections multiples peuvent exister sur des points assez distants les uns des autres.

La plupart du temps, c'est vers le sommet de la vessie, et à sa partie antérieure, que les abcès s'établissent. Chopart s'est trompé en leur assignant pour siége ordinaire le côté du périnée. Cette erreur a été reproduite par plus d'un copiste. Elle me paraît tenir à ce qu'on a souvent considéré comme abcès des parois vésicales de simples abcès du corps prostatique ou même du tissu cellulaire qui avoisine le col de la vessie. On a aussi rencontré des collections purulentes du côté du rectum, vers le col vésical et sur les parties latérales du corps de l'organe. Il peut y en avoir dans plusieurs régions à la fois. En ouvrant un cadavre, à l'hôpital Necker, j'ai trouvé un abcès considérable à la face antérieure du viscère, et un autre, de volume presque égal, à la face inférieure et latérale gauche. Dans un cas cité par Lapeyronie, il y avait un abcès au col vésical et un autre le long de l'uretère, depuis son orifice inférieur jusq'aux reins.

Le diagnostic des abcès de la vessie présente plus de difficultés qu'on ne pourrait le croire au premier aperçu, et que ne l'ont pensé des auteurs graves. Nous lisons, en effet, dans Chopart, qu'il faudrait être peu attentif aux caractères de la rétention d'urine et ignorer ceux d'un abcès du tissu cellulaire, pour confondre les tumeurs qu'ils produisent avec celles que la vessie distendue développe au-dessus du pubis. Mais, d'abord, il n'y a pas toujours tumeur dans le cas d'abcès : c'est ce que démontrent quelques faits consignés dans les livres et plusieurs de ceux que j'ai observés. Ensuite, quand cette tumeur existe, elle est susceptible de présenter tant de différences, qu'il y aurait de la témérité à prétendre déterminer d'emblée, et en procédant comme on l'a fait jusqu'à présent, s'il s'agit ou non d'une collection de pus, et à plus forte raison si elle a son siége dans l'épaisseur même des parois vésicales, plutôt que dans les tissus environnants. C'est sous ce dernier rapport surtout que le diagnostic offre beaucoup d'obscurité. D'un autre côté, des faits recueillis par nos contemporains démontrent qu'on a pris une simple cellule vésicale pour un abcès, et, à la manière dont on s'est comporté, il était presque impossible d'éviter l'erreur. On a prétendu effectivement que l'existence d'un abcès des parois vésicales devait se conclure de ce qu'à des époques déterminées d'une maladie des voies urinaires, il s'échappait par l'urètre du pus, tantôt pur et tantôt mêlé avec de l'urine. Or, plusieurs faits relatés dans mon Traité de l'affection calculeuse, et d'autres dont j'aurai à donner l'exposé, prouvent que souvent, chez les sujets dont les vessies sont garnies de cellules, le pus sort spontanément pour s'épancher dans les tissus voisins, ou demeure accumulé dans la poche accidentelle, ce qu'on reconnaît à l'ouverture du corps. M. Cousin en a, cette année même, produit un exemple fort remarquable dans le *Bulletin de la Société anatomique*. Donc, la sortie accidentelle du pus par l'urètre n'est pas un

indice certain d'abcès des parois vésicales ; donc, si l'on se borne à ce seul caractère, on est exposé à commettre des méprises et à confondre les abcès en question avec les cellules vésicales.

Quelque emplacement qu'occupent les abcès des parois vésicales, ils peuvent être rapprochés, soit de la face externe du viscère, soit de sa face interne. De cette différence, il résulte qu'à leur ouverture le pus s'épanche, tantôt dans l'intérieur de la vessie et tantôt au-dehors. Chopart a ouvert le cadavre d'un homme dont la vessie offrait, près de l'ouraque, un abcès bien caractérisé, et borné à l'épaisseur de l'organe ; la paroi interne était si mince qu'elle se rompit en la pressant; un pus blanc et fétide s'écoula en abondance.

Il y a des circonstances dans lesquelles on ne découvre aucune cause appréciable. Tel est le suivant, dont j'emprunte les principaux détails à Chopart : Une femme conçut pour la septième fois, après une perte considérable. Pendant cette grossesse, il se déclara des difficultés d'uriner et des rétentions d'urine : les quelques gouttes de liquide que la malade parvenait à rendre avec peine, étaient puriformes; le ventre devint tendu et douloureux, les téguments s'enflammèrent ; on sentait une fluctuation bien marquée au pourtour de l'ombilic; la fièvre était vive, la langue sèche, la soif ardente. Une incision pratiquée sur la ligne blanche donna issue à beaucoup de pus et d'urine, dont il sortit encore une grande quantité les jours suivants, surtout lorsqu'on pressait le ventre de bas en haut. La malade fut mise à l'usage des bougies, et peu à peu la plaie se cicatrisa ; mais l'urine conserva encore pendant quelque temps le caractère purulent. Il s'est offert à moi un fait qui a du rapport avec celui-là. J'ai vu aussi un jeune homme qui eut un abcès considérable à la partie antérieure de la vessie, et chez lequel il n'existait ni pierre ni aucune lésion de l'urètre : toutes les recherches qu'on fit pour découvrir la cause de cette énorme collection de pus demeurèrent sans résultat.

Je viens de dire que les abcès des parois vésicales ne produisent souvent pas de tumeur appréciable, soit que celle-ci, ayant peu de volume ou beaucoup de largeur, se fonde pour ainsi dire avec les parties environnantes, soit que son siége, dans l'excavation pelvienne, vers la face postérieure ou latérale de la vessie, la rende inaccessible à nos moyens d'investigation, surtout chez les sujets chargés d'embonpoint. Les complications existantes peuvent d'ailleurs faire prendre le change au praticien, et ce n'est alors que par un concours fortuit de circonstances qu'il arrive quelquefois à soupçonner la vraie nature du mal. La douleur n'a aucun caractère spécial, et parfois même elle n'existe pas. Le toucher par le rectum est presque toujours inutile. La saillie que la tumeur, s'il y en a une, peut faire sur les côtés de la vessie, est rarement assez prononcée pour qu'on l'apprécie, ou du moins pour permettre de distinguer ce qu'elle contient. Les troubles fonctionnels de la vessie n'offrent rien de particulier non plus. Ce n'est donc qu'à l'ouverture de l'abcès qu'on peut être éclairé sur la nature de la maladie : encore même y a-t-il alors beaucoup d'obscurité ; car on voit bien du pus, soit dans l'urine, soit dans les matières fécales, mais ce pus peut provenir de différentes sources. Quant aux explorations par la face interne de la vessie, il est rare qu'on en tire quelque lumière. La plupart du temps, la tumeur n'est point en relief dans le viscère; et, le fût-elle même, on ne parviendrait pas à en distinguer le contenu.

Divers faits recueillis par les auteurs établissent que les abcès de la vessie peuvent dépendre d'une cause traumatique. La femme dont j'ai parlé plus haut, d'après Helwig, fut atteinte d'un dépôt qui la fit périr à la suite d'un coup de pied de vache reçu dans le bas-ventre. Morgagni rapporte l'histoire d'une jeune fille qui mourut des suites d'un abcès développé à l'hypogastre, et dont la formation avait été déterminée par une longue aiguille introduite dans la vessie, à travers les parois de laquelle une partie du corps étranger s'était frayé une voie dans les parties molles environnantes. Les faits analogues se sont multipliés dans ces derniers temps. Cependant, Baillie a été beaucoup trop loin, en prétendant que les collections purulentes dont il s'agit ici surviennent principalement par l'effet d'une inflammation succédant à une violence exercée du dehors. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles reconnaissent fréquemment pour cause la rétention d'urine déterminée par la présence d'un obstacle dans l'urètre. Plusieurs faits relatés par les anciens chirurgiens, et quelques-uns de ceux que la pratique a offerts de nos jours, ne permettent pas d'en douter. Eustachi rapporte qu'une pierre engagée au col de la vessie, et qui occasionnait de grandes difficultés d'uriner, donna lieu à la formation, près de l'ombilic, d'une tumeur qui s'ouvrit, laissa échapper du pus et de l'urine, et se convertit en une fistule, dont la guérison ne put être obtenue qu'après le rétablissement de la voie naturelle, par l'extraction de la pierre. Chopart cite le cas d'un homme chez lequel, à la suite de plusieurs rétentions d'urine, il se forma, vers la partie moyenne et inférieure du ventre, une tumeur qui s'ouvrit d'elle-même, fournissant une grande quantité de pus et d'urine, et laissant ensuite une fistule : le malade mourut au bout de quelque temps ; on trouva l'urètre obstrué par un calcul logé dans sa partie membraneuse; la fistule s'ouvrit à la partie la plus élevée du viscère : elle avait deux pouces de long jusqu'à son orifice externe. Les rétrécissements urétraux peuvent entraîner les mêmes conséquences. Mais, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la présence d'une sonde dans le canal, ou l'emploi, soit du caustique, soit de tout autre moyen destiné à détruire la coarctation, entraîne quelquefois la formation d'abcès dans les parois vésicales. Enfin, toute phlegmasie, toute irritation prolongée du col ou du corps de la vessie, quelles qu'en soient les causes, peut entraîner le même accident, bien qu'il n'y ait pas positivement difficulté d'uriner, et qu'on ne découvre aucune communication appréciable entre le point où siége l'irritation et celui où se développe l'abcès. Sous ce rapport, la vessie est dans le même cas que l'urètre, car j'ai fait voir ailleurs qu'au pourtour du conduit excréteur de l'urine se forment assez souvent des collections purulentes dont le foyer ne communique point avec lui.

Les ressources de l'art, en ce qui concerne le diagnostic, sont donc à peu près restreintes aux cas dans lesquels la collection purulente se dessine à la face antérieure et au sommet de la vessie. On voit alors se développer à la région inférieure du ventre une tumeur variable eu égard à sa forme, à son volume, à sa dureté et à son mode de développement. Quand elle est petite et que le viscère a peu de capacité, cette tumeur peut demeurer cachée derrière les pubis. On peut même ne point en soupçonner l'existence, comme il arriva chez un malade dont j'ai parlé dans ma seconde lettre sur la lithotritie; là une collection purulente considérable ne fut découverte qu'au moment où l'on divisa les parois abdominales pour pratiquer la cystotomie suspubienne.

Les méprises sont donc faciles, et elles ont été commises plus d'une fois, même par des praticiens exercés. Colot était cependant parvenu à s'en garantir, et Home assure avoir eu le même bonheur. Mais Hunter n'y a point échappé; chez un malade dont la vessie regorgeait d'urine, et qu'on croyait atteint d'ascite, on reconnut cette grave erreur de diagnostic à l'odeur et aux autres qualités du liquide fourni par la canule du trois-quarts qu'il avait plongé à travers les parois abdominales. L'erreur peut devenir plus facile encore quand la vessie, pleine d'urine, fait saillie à l'aine, et non sur la ligne médiane, ce qui arrive quelquefois. Verdier parle d'une tumeur de ce genre, qui fut prise pour un abcès vénérien; on appliqua le cautère, on incisa l'escarre, et une pierre au fond de la plaie, jointe à l'urine qui s'écoula, mit en évidence la grave erreur dans laquelle on était tombé.

Ainsi, on peut croire qu'il s'agit d'un abcès chez un malade atteint de rétention d'urine, et de rétention d'urine lorsqu'il est question d'un abcès. La méprise tient aux difficultés qu'on éprouve à introduire la sonde, et l'on conçoit d'après cela combien il importe de chercher tout d'abord à faire pénétrer cet instrument dans la vessie. Qu'il me soit permis de présenter ici deux faits à l'appui des assertions que je viens d'émettre.

L'un de ces faits a été recueilli dans un hôpital de Paris, et publié, en 1829, par les journaux de médecine. Un vieillard, dont l'urètre était rétréci, fut attaqué de rétention complète d'urine : un abcès urineux se forma au périnée, et une tumeur considérable apparut à la région hypogastrique. On fit des tentatives réitérées, avec les sondes ordinaires d'abord, puis avec les sondes coniques, pour pénétrer dans la vessie par la voie naturelle; mais le canal était si resserré qu'on échoua. La tumeur de l'hypogastre ne fut pas attribuée à la vessie distendue, ni globuleuse, ni régulière, ni résistante; elle était molle et parsemée d'inégalités, et elle occupait spécialement le flanc droit; on la prit pour un abcès. En conséquence, on l'ouvrit; mais, au lieu de pus, ce fut de l'urine qui en sortit. L'incision ayant assez d'étendue pour permettre d'introduire le doigt dans la vessie, on eut l'idée de glisser une sonde d'arrière en avant pour chercher à vaincre le rétrécissement. La manœuvre ne réussit pas; elle n'eut d'autre résultat que de faire connaître l'épaisseur de la coarctation d'après l'espace existant entre les extrémités de deux sondes placées dans le canal, l'une d'avant en arrière, l'autre d'arrière en avant. Le lendemain, on sentit la nécessité d'ouvrir l'abcès périnéal, et de fournir à l'urine une issue par cette voie. Le malade succomba. En ouvrant le corps, on constata que la face antérieure de la vessie adhérait à la partie abdominale dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire; la vessie était à cellules, et avait des parois fort épaisses; l'abcès du périnée communiquait avec une crevasse de l'urètre; le canal était presque entièrement oblitéré dans l'étendue d'un pouce.

Quelque temps après se présenta, dans mon service à l'hôpital Necker, un fait que j'indiquerai le plus rapidement possible. Un homme de quarante ans éprouvait, depuis plusieurs années, des difficultés d'uriner, causées par un rétrécissement de l'urètre. Le canal était fort irritable. Les premières bougies furent supportées avec peine : on eut recours à des applications légères de caustique, qui n'amenèrent aucun résultat, et auxquelles on substitua des sondes à demeure. Ce fut alors que le malade se fit admettre à l'hôpital. Le traitement fut continué par l'emploi des sondes; mais la santé générale, au lieu de s'améliorer, devenait de plus en plus mauvaise : il survint de la fièvre, avec perte de l'appétit et du sommeil. Le malade, attribuant ces accidents au séjour de l'hôpital, en sortit, pour y rentrer quelques jours après, avec de nouveaux symptômes; il s'était d'abord manifesté à la fesse gauche une douleur vive, qui disparut à la suite d'une application de sangsues. Au bout de quatre jours, se manifesta une autre douleur à la région hypogastrique, avec tuméfaction progressive. Bientôt la tumeur eut acquis le volume du poing, et cependant l'état général s'était amélioré; le malade ne portait plus de sonde : il urinait même avec assez de facilité. Tout me faisait donc un devoir de redoubler d'attention à l'égard du diagnostic. On ne pouvait admettre que la tumeur hypogastrique dépendît d'une accumulation de l'urine, puisqu'elle persistait, quoique moins saillante, après que la vessie avait été vidée par la sonde. L'extrémité recourbée de l'instrument, placée dans la vessie sur un point correspondant à la main appliquée sur l'hypogastre, permettait de déterminer l'épaisseur des parties tuméfiées, et d'en circonscrire l'étendue, du moins en avant; car, en arrière, où l'on sentait la tumeur s'étendre, on ne pouvait acquérir que des notions très-confuses, malgré la maigreur du malade et la souplesse des parois abdominales. Quant à la surface interne de la vessie, je m'assurai soit par la sonde, soit par le trilabe, qu'il n'y avait pas de proéminence notable : seulement je reconnus une dureté insolite vers le sommet du viscère. Les selles se faisaient avec régularité, ce qui donnait une forte présomption que le canal intestinal n'était pas atteint, du moins fortement. La position de la tumeur, et surtout l'endroit où la fluctuation devenait chaque jour plus évidente, me donnait toute garantie de ne produire aucune lésion grave en procédant à l'ouverture; je me décidai à pratiquer une incision, qui donna issue à une énorme quantité de pus très-liquide. Dès lors, le ventre s'affaissa, et le malade fut soulagé. Le surlendemain, j'introdui-

sis un stylet boutonné dans la cavité de l'abcès ; ma surprise fut grande de parvenir jusqu'au sacrum, et de promener cet instrument sur une large surface du sommet de la vessie. Ainsi, l'abcès occupait la plus grande partie du détroit supérieur du bassin. La suppuration continua pendant plusieurs semaines ; elle diminua de quantité à mesure que le foyer se resserrait, et finalement la guérison fut parfaite. La surface interne de la vessie n'avait pas été atteinte par l'inflammation établie à l'extérieur ; car l'urine conserva toujours ses qualités normales. Seulement le viscère avait perdu de sa capacité, ce qu'on reconnaissait à la fréquence des besoins d'uriner, et surtout à la petite quantité d'eau qu'il était possible d'introduire par les injections. On avait recherché à déterminer si l'abcès s'était formé dans l'épaisseur même des parois vésicales ou à la circonférence du viscère ; mais il fut impossible d'acquérir aucune donnée à cet égard.

Il est du plus haut intérêt de distinguer les abcès qui ont lieu dans l'épaisseur même des parois de la vessie, de ceux qui sont la conséquence de l'accumulation du pus dans une cellule. Car il arrive quelquefois aux cellules vésicales de s'enflammer, et le produit de cette inflammation, au lieu de s'échapper par la vessie, comme il le fait presque toujours, peut s'accumuler dans le lieu de sa formation, s'épaissir, et constituer une collection qui s'ouvre dans la cavité abdominale. L'un des cas que j'ai rapportés en offre un exemple, tandis que d'autres concernent les abcès dans les parois vésicales. La tumeur diffère dans l'une et l'autre circonstances. Lorsqu'il s'agit d'une cellule, elle est plus circonscrite, plus arrondie, plus saillante ; dans l'autre cas, elle est plus évasée, plus large, et gagne en étendue ce qui lui manque en élévation. La disposition des fibres musculaires de la vessie explique très-bien cette dernière particularité. C'est ordinairement entre les deux plans musculeux que l'abcès se développe ; il y a alors séparation, écartement de ces deux plans dans une étendue proportionnée à la quantité du liquide. Dans le cas que nous venons de citer, la tumeur faisait peu de saillie, mais elle était très-large, et occupait les deux tiers de la région hypogastrique. Sa surface était très-uniforme, mais dure dans toute son étendue. A mesure que le mal fit des progrès, on remarqua du ramollissement. La fluctuation put être reconnue, mais d'une manière tellement vague, que si l'on avait été réduit à ce seul signe, il eût été imprudent de prendre une détermination.

Les abcès des parois vésicales peuvent être confondus avec ceux qui ont pour siége le tissu cellulaire voisin de la vessie, soit qu'ils communiquent avec l'intérieur du viscère, soit qu'ils n'aient aucune communication avec lui. Ces sortes d'abcès ne sont pas rares. MM. Andral et Brodie, entre autres, en ont rapporté des exemples ; on en doit un fort remarquable à M. James Johnson, et j'ai eu occasion aussi d'en observer quelques-uns. Je n'examinerai pas s'ils sont, comme on le pense, le résultat de péritonites partielles ; mais je ne puis omettre de faire ressortir l'analogie existante entre eux et ces dépôts, qui, ayant tous les caractères d'abcès urineux, se forment au voisinage de l'urètre, sans nulle communication avec lui. Il est bien certain que, dans beaucoup de cas, la cavité de l'abcès et celle de la vessie ne communiquent point ensemble, puisqu'il ne sort pas d'urine par l'ouverture du premier, lors même que la seconde est distendue par le liquide. Quant à ceux où il y a réellement communication, celle-ci peut être primitive ou consécutive, c'est-à-dire que l'abcès peut succéder à une infiltration lente d'urine, ou la fistule dépendre de ce que le pus a fusé vers l'intérieur, au lieu de se prononcer au dehors. L'une et l'autre hypothèses sont également admissibles ; mais la seconde me semble être la plus probable, ou du moins celle qui s'applique au plus grand nombre de cas.

Lorsque les abcès en question ont leur siége à la région postérieure de la vessie, vers le bas-fond ; il est très-facile de les confondre avec certains abcès de la prostate. S'ils s'ouvrent dans le rectum, le passage de l'urine par cet intestin a lieu et persiste plus ou moins longtemps. Quelquefois les malades guérissent beaucoup plus facilement qu'on ne pourrait le penser. En autres cas, je citerai le suivant, emprunté à la Gazette Médicale. Quoique le siége de la maladie n'ait pas été déterminé avec toute la précision désirable, il y avait, sans le moindre doute, abcès et passage de l'urine par le rectum. Un homme de quarante ans fut atteint, après plusieurs gonorrhées, d'un rétrécissement de l'urètre, que l'on traita par la cautérisation et la dilatation. Bientôt survint à l'anus et au sacrum une douleur vive, avec fièvre, qui fut attribuée à l'usage des sondes, que le malade introduisait lui-même. Malgré les antiphlogistiques, il se forma un abcès, qui s'ouvrit dans le rectum. L'urine sortit d'abord par l'anus, mais elle reprit bientôt son cours naturel.

Enfin, les abcès vésicaux peuvent être confondus avec des collections purulentes développées soit dans les aines, soit à la région hypogastrique, avec des tumeurs nées dans le petit bassin ou les fosses iliaques, même avec les déplacements du rein, comme le dit M. Rayer, ou avec les tumeurs que forment les testicules lorsqu'ils restent engagés dans les conduits inguinaux, ainsi que M. Gama en cite un exemple.

Il ne saurait entrer dans mon plan d'épuiser toutes les considérations qui naîtraient de là sous le point de vue du diagnostic ; mais je dois appeler l'attention des praticiens sur ces diverses circonstances, qui sont susceptibles, quand on n'y a point égard, d'entraîner dans les méprises les plus graves. Mon but est atteint, si j'ai démontré que le diagnostic des abcès des parois de la vessie offre plus de difficultés que ne le pensent ceux qui l'ont présenté comme une chose des plus simples et n'exigeant qu'un examen superficiel.

Il nous restera à étudier quelles sont les issues que s'ouvrent les collections purulentes développées au pourtour de la vessie ou dans l'épaisseur de ses parois, à signaler les dangers de ces terminaisons, et à dire comment l'art doit intervenir pour aller au devant des conséquences, si souvent funestes, des désordres dont nous nous entretenons.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, septembre.)

28. *De quelques dangers du traitement ordinaire des fractures du col du fémur ;* par M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

La fracture du col du fémur a été l'objet, depuis un siècle environ, de recherches nombreuses et de travaux multipliés, qui toutefois, il faut bien l'avouer, n'ont pas beaucoup éclairé sa thérapeutique. L'école française, imitée par les Italiens et les Allemands, avait concentré toute son attention sur la question mécanique; l'unique but semblait être d'allonger de gré ou de force le membre raccourci ; et delà cette myriade d'attelles et de procédés pour l'extension permanente. L'école anglaise vint à son tour, étudiant de préférence la nature anatomique de la lésion ; et l'on sait à quel résultat est arrivé A. Cooper, l'absence de consolidation osseuse dans l'immense majorité des cas, et par suite l'inutilité de tant d'ingénieux appareils.

Il ne se pouvait pas qu'une assertion si tranchée fît tout d'abord une grande fortune parmi les chirurgiens dont elle choquait les idées, dont elle bouleversait la pratique, et enfin dont elle niait les succès hautement proclamés. Il arriva donc ce qui arrivera toujours en pareil cas, que les uns, et Boyer par exemple, ne daignèrent pas en faire mention ; que certains, comme Richerand, la déclarèrent étrange et insoutenable, et engagèrent A. Cooper à lire et à s'instruire ; d'autres enfin, et ceux-là du moins servirent la science, s'attachèrent à recueillir de nouvelles autopsies, bien moins en vue de vérifier le dire d'A. Cooper que dans le but avoué d'y trouver des exceptions. Quelques cas exceptionnels ont été rencontrés en effet, mais si rares qu'ils ont plutôt servi à confirmer qu'à ébranler la doctrine anglaise ; et pour les fractures intrà-capsulaires, qui sont imcomparablement les plus fréquentes, la réunion ligamenteuse est tout ce qu'on peut se promettre d'obtenir.

Ceci une fois mis hors de contestation, ne devait-on pas s'attendre à voir introduire quelques modifications dans la thérapeutique? A. Cooper n'y avait pas manqué pour sa part ; il avait déduit de son principe une impitoyable conséquence ; et il est important de transcrire ici les termes mêmes dans lesquels il l'énonçait :

« Convaincu de l'inutilité des tentatives qui ont pour but la consolidation des fractures intrà-capsulaires, et voyant la santé des malades s'altérer sous l'influence de ces moyens, si cet accident m'arrivait, je ferais placer un coussin sous le membre blessé, dans toute sa longueur; un autre serait roulé et placé au-dessous du genou, et le membre serait ainsi soumis à l'extension pendant dix ou quinze jours, jusqu'à ce que l'inflammation et la douleur fussent dissipées. Alors, chaque jour, je me lèverais et je me tiendrais assis dans une chaise élevée, afin de prévenir un degré trop considérable de flexion, qui serait douloureux ; et, marchant avec des béquilles, j'appuierais sur le sol avec le pied du côté malade, d'abord légèrement, puis progressivement de plus en plus, jusqu'à ce que le ligament capsulaire se fût épaissi et que les muscles eussent recouvré leur énergie ; l'usage d'un soulier à talon élevé diminuerait la claudication. »

Lorsque A. Cooper formulait ainsi sa pratique, nous suivions en France les préceptes de Boyer ; et il est difficile d'imaginer deux doctrines thérapeutiques plus diamétralement opposées. Boyer attend sept ou huit jours pour appliquer son appareil ; mais celui-ci une fois en place, il ne faut y toucher que pour entretenir ou augmenter la tension. On ne doit jamais l'enlever avant le soixantième ou le soixante-dixième jour ; et quand on l'a supprimé, le malade doit encore garder le lit pendant un mois et demi ou deux mois ; après quoi on lui permet de se lever avec deux béquilles.

Depuis cette epoque, nos chirurgiens, tiraillés en divers sens par ces deux autorités, ou bien ont continué à obéir à celle qui s'était imposée à eux la première, ou bien se sont rangés sous la nouvelle bannière, ou bien ont essayé divers compromis. Donc, les uns appliquent encore l'attelle de Boyer ; d'autres font marcher les malades comme A. Cooper ; il en est qui rejettent l'extension permanente et enveloppent cependant le membre dans un appareil complet; enfin nous avons les partisans de la demi-flexion, exercée tantôt avec des coussins, et tantôt avec des planchettes ; jamais peut-être, à une époque donnée, et sur une questions de pratique en apparence aussi simple, on n'a vu régner une pareille confusion. Ajoutez surtout que si l'on interroge les partisans de ces diverses méthodes, tous répondent par leurs succès ; tous renvoient leurs malades en faisant écrire sur les billets, *guéris ;* et il faut bien qu'ils ajoutent foi à ces guérisons, puisqu'ils persévèrent dans leur pratique,

Pour moi, je l'avouerai, je n'ai pas été à beaucoup près aussi heureux ; je n'ai jamais obtenu une de ces guérisons complètes comme on en voit dans les livres ; et en conséquence, je me suis vu déjà dans la triste nécessité de changer de pratique plusieurs fois. Je ne l'ai pas fait à la légère ; lorsque j'avais échoué par un procédé, je cherchais si cela n'était pas dû à quelque complication spéciale chez mes malades ; et après que plusieurs tentatives m'avaient suffisamment édifié sur ce point, je me demandais si ce n'était pas ma faute à moi-même. Alors j'allais rechercher dans les cliniques de nos hôpitaux si tel grand maître dont j'avais adopté l'appareil était en réalité plus heureux que moi. Je ne me contentais pas d'examiner les malades à l'hôpital ; je les suivais en ville ; je les renvoyais à divers intervalles ; et c'est ainsi que j'ai appris à reconnaître la valeur de ces succès tant vantés. On ne connaîtra bien la portée de tant de procédés ingénieux de la chirurgie, que quand on aura enfin des observations *complètes*, c'est-à-dire quand on reviendra étudier les malades longtemps après leurs prétendues guérisons.

Depuis que j'ai pris le service de Bicêtre, j'ai eu des occasions sans nombre de répéter mes anciennes recherches. Bicêtre, hospice de vieillards infirmes, sert de retraite à une foule de malheureux dont les hôpitaux ordinaires ne veulent plus, soit parce qu'ils sont incurables, soit parce qu'ils sont *guéris*. J'en ai de tous les hôpitaux, je pourrais presque dire de tous les services, de tous les chirurgiens ; et pour revenir à notre sujet, on peut bien penser que, dans un hospice de vieillards, les

fractures du col du fémur sont en grande abondance. Je ne veux pas pour le moment discuter la question du choix des procédés ou des appareils ; cela nous entraînerait trop loin. Mais, quel que soit le procédé qu'ils adoptent, tous les chirurgiens peuvent être partagés en deux grandes écoles ; ceux qui laissent les malades deux ou trois mois dans l'appareil, et ceux qui les font marcher au bout de dix ou quinze jours. Ces derniers ne forment pas à beaucoup près le plus grand nombre ; et je laisserai leur doctrine de côté pour le moment. Je me propose donc d'apprécier par les résultats la valeur de la doctrine contraire, qui était celle de Boyer et de Dupuytren ; et comme il serait fastidieux de donner toutes les observations que j'ai recueillies, je choisirai du moins celles qu'on va lire dans la pratique des chirurgiens de nos jours le plus justement renommés.

Obs. I.—Lambert, ancien cocher, âgé de soixante-dix ans, entré dans mon service pour une rétention d'urine, est atteint d'une fracture du col du fémur qui remonte à seize ans. En 1825, il était monté sur son siége de cocher, lorsque la voiture reçut un choc qui la renversa ; il tomba du côté gauche sur un de ses camarades, lequel, on se secouant, le fit retomber sur la hanche droite ; et de là une fracture du col fémoral. On le transporta à l'hôpital, où il fut mis dans l'appareil de Boyer dès le troisième jour de son entrée. L'appareil fut placé, visité, serré par le chef du service même, qui prit de notre malade des soins tout particuliers. Au trente-sixième jour, le lacq inguinal avait déjà excorié la peau ; et les liens inférieurs, bien que le coude-pied eût été largement garni de ouate de coton, faisaient souffrir des douleurs cruelles. On engagea le malade à prendre patience ; mais le quarante-huitième jour, son courage était à bout, force fut d'enlever l'appareil. Il y avait une excoriation au pli de l'aine ; mais elle ne devait pas être bien forte ; car aujourd'hui il n'en reste aucune trace. Mais on aperçoit des cicatrices très-sensibles au-dessus du coude-pied, vis-à-vis la saillie du tendon du jambier antérieur, et au-dessus de la malléole externe. Il y avait là des entamures très-profondes et qui furent six semaines à guérir.

Cependant après la levée de l'appareil, on lui avait donné des béquilles ; il s'en servit durant cinq mois ; et ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'il put faire usage d'un béquillon. Pour compléter les renseignements transmis par le malade, il faut dire que, vers le vingt-cinquième ou trentième jour, les extensions à l'aide de la vis étaient si douloureuses que, suivant ses expressions, *elles lui portaient au cerveau et au cœur*. Il rapporte à ses souffrances et aux cris qu'elles déterminaient, une petite hernie de la ligne blanche qui lui survint à cette époque. Il dit encore en avoir gardé une habitude ou plutôt une nécessité de fléchir par intervalles les doigts de la main droite, brusquement et à plusieurs reprises, en faisant entendre un très-fort craquement dans leurs articulations ; et quand la main a fait ce mouvement, le pied droit se porte dans une brusque adduction avec un craquement semblable. Il n'y a rien de pareil au côté gauche. Enfin, à sa sortie de l'hôpital, le malade était aliéné, et il dut passer vingt-deux mois dans le service de M. Ferrus à Bicêtre, criant durant le jour, pleurant toutes les nuits ; et c'est encore à son traitement qu'il rapporte l'origine de sa folie, dont il est aujourd'hui bien guéri.

Examiné le 6 juin 1841, il boite fortement ; des mensurations répétées et prises avec toutes les précautions que j'ai indiquées ailleurs, donnent un raccourcissement de trois centimètres et demi (quinze à seize lignes) ; le trochanter est rapproché d'autant de la crête iliaque. La cuisse se fléchit bien sur le bassin, hors dans les mouvements extrêmes, où c'est le bassin qui se meut sur l'épine lombaire. L'adduction est libre ; mais l'abduction excessivement bornée.

Certes, je ne veux accuser l'appareil, ni de la hernie, ni de l'aliénation mentale, et lors même qu'il aurait été la cause occasionnelle de ces deux affections, cela prouverait seulement que le sujet y était singulièrement prédisposé. Mais les douleurs et les ulcérations, voilà les effets directs de l'appareil ; mais la longueur du traitement, la nécessité de se servir cinq mois de béquilles après avoir quitté l'appareil, le tout pour arriver à une claudication aussi marquée, voilà ce que je veux soumettre à l'attention des praticiens.

Il y a plus, je maintiens que le malade a été fort heureux d'en être quitte pour cinq mois de béquilles, et que cela tient surtout à ce qu'il n'a voulu supporter l'appareil que quarante-huit jours.

En voici un autre qui y est resté soixante-six jours ; le lecteur appréciera la différence des résultats.

Obs. II.—Joseph Hytier, âgé de soixante-quatorze ans, se cassa le col du fémur en 1821 par suite d'une chute sur la hanche droite ; il fut traité chez lui par un chirurgien d'une réputation toute spéciale ; et le membre fut placé dans une attelle à semelle, longeant le côté externe du membre et montant jusques vers les côtés ; ce devait être l'attelle de Boyer ou quelque autre du même genre. L'appareil fut levé le soixante-sixième jour ; mais le membre était si raide que le malade ne pouvait s'asseoir ; et il resta une année entière avant de pouvoir travailler de son état de cordonnier. Probablement pour mieux exercer le membre, on lui défendit de se servir de béquilles, et il s'exerça avec un bâton. Je ne m'étendrai pas sur la lenteur de ses premiers essais, et il suffira, du reste, d'indiquer l'état dans lequel ce malade se trouve aujourd'hui, après vingt années écoulées.

Le membre droit, mesuré de l'épine iliaque à la malléole externe avec toutes les précautions requises, présente un raccourcissement de 5 centimètres. La jambe et le pied ont de la tendance à s'incliner en dehors ; cependant il peut les ramener à la perpendiculaire ; mais le moindre degré de rotation en dedans ne peut s'exécuter que par la rotation du bassin. La jambe, dans sa fléxion sur la cuisse, dépasse à peine l'angle droit ; la cuisse peut bien être fléchie sur le bassin par un mouvement communiqué ; mais si le malade veux exécuter ce mouvement par sa propre volonté et sans aide extérieure, le mouvement tout entier se passe dans la colonne lombaire ; et la cuisse et le bassin se meuvent ensemble comme s'ils étaient soudés l'un à l'autre. Peut-être n'est-il pas inutile de dire que le membre sain exécute librement et complétement toutes ses fonctions.

Pour la marche, il est obligé de courber le corps en avant, d'appuyer la main droite sur la cuisse droite, la main gauche appuyant sur un bâton solide. Dans cet état il fait trente à quarante pas de suite; et jamais, depuis vingt ans, il n'a pu en faire davantage. Après un pareil effort, il faut qu'il s'arrête pour s'appuyer, soit contre un mur, soit contre une borne; et pour lui emprunter une expression pittoresque, il dit que *le remplacement des bornes par des trottoirs dans les rues de Paris, lui a fait un grand tort*, parce qu'il trouvait à chaque borne un lieu d'appui qui lui manque aujourd'hui.

A raison de la raideur du genou, il éprouve bien quelque difficulté à mettre ses bas et ses pantalons, mais il y parvient cependant sans s'écarter de la méthode ordinaire.

Cette dernière remarque semblera futile à quelques lecteurs; ils n'en jugeront peut-être plus de même après l'observation suivante. En effet, le malade précédent n'était resté au lit que deux mois; en voici un qui y sera resté trois mois environ, et qui payera beaucoup plus cher ce séjour beaucoup plus prolongé.

Obs. III. — Vandrelan, âgé de soixante-quinze ans, fut renversé le 25 décembre 1837 par un cabriolet, tomba sur le côté droit, et se fractura le col du fémur. Il entra dans un hôpital le 31 décembre, et fut placé, le 3 janvier, dans un appareil consistant en trois attelles aussi longues que le membre, mais sans extension permanente, et même sans aucun support qui empêchât le pied de se renverser au dehors. Il resta, dit-il, dans cet appareil jusqu'à la fin de mars, fut renvoyé de l'hôpital à la fin d'avril; et, le 17 mai suivant, il se faisait délivrer par un médecine de son dispensaire un certificat que je copie et qui constatait :

1° *Qu'il existait au membre droit un raccourcissement de plus d'un pouce;*

2° *Que les articulations de la hanche et du genou étaient raides et engorgées;*

3° *Qu'il y avait impossibilité d'exécuter des mouvements de ce membre tant soit peu étendus;*

4° *Qu'il ne pouvait se livrer à la marche, même à l'aide de béquilles*;

5° *Enfin, qu'il ne pourrait avant six mois sortir de son appartement, et que jamais il ne recouvrerait les mouvements de la cuisse et de la jambe droite.*

Ce certificat était d'une exactitude trop parfaite. Il ne péchait qu'en un point; il laissait entrevoir qu'au bout de six mois le malade pourrait marcher peut-être; or, au commencement de 1841, trois ans après, le malade, qui s'efforçait d'exercer son membre, ne pouvait pas sortir de sa chambre même avec ses béquilles; pour descendre aux étages, et pas davantage, il fallait que quelqu'un le soutînt par-dessous les bras; et le 16 janvier 1841, quand il eût obtenu d'être envoyé à Bicêtre, il fallut le porter à bras dans la voiture.

Voici quel est aujourd'hui son état. Il marche avec deux béquilles, en traînant la jambe, qui ne sert presque en rien à supporter le poids du corps; en conséquence, il va donc fort lentement; et tout ce qu'il peut faire est de faire une fois le tour de la grande cour de Bicêtre. Le pied est renversé en dehors, avec impossibilité de le ramener même à la perpendiculaire; la mensuration donne cinq centimètres de raccourcissement, et le trochanter est remonté d'autant vers la crête iliaque. On peut aisément fléchir la jambe au-delà de l'angle droit, et de même aussi la cuisse sur le bassin par un mouvement communiqué; mais s'il veut exécuter ce mouvement lui-même, la jointure coxo-fémorale demeure immobile et comme ankylosée, et le tout se passe dans la portion lombaire du rachis.

Il éprouve d'étranges difficultés à mettre le bas de ce côté. Il lui a fallu coudre à l'orifice du bas deux longs cordons qu'il tient de ses deux mains, et il commence par jeter son bas en avant de lui, jusqu'au niveau du pied où les mains ne peuvent atteindre; alors le pied s'y engage, et il tire sur le bas à l'aide de ses cordons. Pour le pantalon, il le porte au niveau du pied à l'aide de sa béquille, et c'est ainsi qu'il parvient à le mettre. Inutile de dire qu'il n'existe aucune difficulté de ce genre pour le côté sain.

Jusqu'ici vous avez vu le membre traité par la position étendue, avec ou sans extension permanente, et vous pourriez soupçonner que ces fâcheux résultats tiennent à la position. Il faut donc vous montrer un sujet traité par la position fléchie, et par ce même appareil qui procurait à Dupuytren, à en croire ses Leçons orales, de si mémorables succès. Pas plus pour celui-ci que pour les précédents, je ne veux nommer le chirurgien qui a dirigé le traitement; car je ne fais point la guerre aux hommes, mais aux méthodes. Qu'il suffise de répéter que j'ai pris exemples dans les cliniques le plus justement renommées.

Obs. IV. — Altermayer, âgé de soixante-dix-huit ans, fit une chute sur la hanche droite, au mois de janvier 1834, et de fractura le col du fémur. Il ne put se relever; on le transporta chez lui d'abord, et le lendemain à l'hôpital, où le membre fut placé sur des coussins entassés sous le jarret, de manière à fléchir la jambe presque à angle droit. Trois alèzes en cravate le maintenaient dans cette position, une passant par-dessus le bassin, la seconde au-dessus du genou, la troisième vers le coude-pied; et une compresse spéciale devait maintenir le pied perpendiculaire, mais ne l'empêcha pas de se renverser en dehors. Enfin la jambe avait été préalablement enveloppée jusqu'au genou d'un bandage roulé.

Le malade souffrit beaucoup de cette position; mais, malgré ses plaintes, on n'enleva l'appareil qu'au quatre-vingt-deuxième jour. La jambe qui avait été le siége de fourmillements très-pénibles apparut alors, dit le malade, *rouge comme un morceau du rôti*, cependant sans excoriation.

Le premier jour, après la levée de l'appareil, on le mit dans un fauteuil, où il se trouva mal au bout d'un quart d'heure. Peu après on lui donna des béquilles, avec lesquelles il essaya de marcher durant deux à trois mois, sans pouvoir appuyer le pied à terre; et le 29 juillet de la même année, il passa de l'hôpital à Bicêtre. Or, il est resté à Bicêtre jusqu'au mois de mars 1841, *sept ans*, sans pouvoir quitter ses béquilles; et depuis le mois de mars, il marche avec une béquille et un béquillon. Voici quel est aujourd'hui son état.

C'était un homme de haute taille, 3 pieds 5 pouces

et demi, et quand il se redresse sur sa bonne jambe, la béquille placée sous l'aisselle, du haut de la béquille jusqu'au sol mesure 131 centimètres. Mais il ne pourrait marcher ainsi, et il lui a fallu raccourcir cette béquille de 14 centimètres (5 pouces); en conséquence de quoi, il marche le corps plié à la fois en avant et à gauche, et la jambe gauche fortement fléchie. Et pourquoi? C'est afin que le pied droit arrive jusqu'au sol, non pas que ce pied lui serve à soutenir le poids du corps, il se soutient de ce côté sur un béquillon, mais afin que le membre ne balotte pas dans le vide. Ceci est d'autant plus curieux à étudier, que le raccourcissement réel n'est que de 4 centimètres, et que, si on essaie de mouvoir la jambe, on l'amène presque sans effort à une flexion et à une extension complètes. Mais le malade est dans l'impossibilité d'exécuter par lui-même cette flexion et cette extension au complet, et son membre est donc un fardeau qui le gêne plutôt que de lui aider. En résumé il y a trois points d'appui dans la marche, la béquille, le pied gauche et le béquillon; pour lever le pied gauche, il se tient sur le béquillon et la béquille, ce qui lui est fort pénible; pour lever le pied droit, il se campe sur ses trois points d'appui.

Cela ne ressemble guère aux succès des *Leçons orales*, et la flexion de Dupuytren ne brille pas plus ici que l'appareil de Boyer. Mais cette flexion est mauvaise par elle-même, et l'appareil auquel, depuis longtemps, j'ai donné la préférence, est le double plan incliné en bois, avec une flexion très-légère, le pied retenu à une semelle en bois, le bassin faisant par son poids la contre-extension. Or, bien que cet appareil me semble toujours préférable, il entraîne les mêmes inconvénients que tous les autres quand on le laisse trop longtemps appliqué; et en voici deux cas que je prendrai cette fois dans ma propre pratique.

Obs. V. — Crouy, âgé de soixante-neuf ans, en revenant de Paris, le 19 décembre 1840, tomba sur la hanche droite, se releva seul, bien qu'ayant une charge de près de vingt livres sur l'épaule, fit encore une quinzaine de pas, puis entendit un craquement dans le genou et la hanche droite, tomba derechef, mais cette fois ne put se relever. Transporté à l'infirmerie de Bicêtre, il offrit tous les signes d'une fracture du col fémoral, et surtout un très-notable raccourcissement. Je le plaçai sur un plan incliné, le raccourcissement disparut; et, le 5 février, quarante-septième jour, l'appareil ayant été ôté, la mensuration n'offrit pas de différence dans la longueur des deux membres.

Tout allait donc pour le mieux, quand, quelques jours après, ayant de nouveau examiné le membre, je trouvai un raccourcissement de 4 à 5 centimètres. A l'instant je remis le membre sur le plan incliné; j'augmentai même la contre-extension à l'aide d'une alèze passée dans le pli de l'aine; et malgré des douleurs occasionnées surtout par cette addition à l'appareil, le malade resta dans cette position jusqu'au 20 avril. A cette époque l'appareil fut levé derechef; malgré l'extension, le raccourcissement était encore de 3 centimètres; je fis donner des béquilles.

Mais quand le malade voulut s'en servir, cela lui fut impossible; l'articulation du genou était raide et douloureuse; il fallut songer à l'assouplir. Une autre complication survint; des taches scorbutiques se montrèrent sur le corps, et plus spécialement autour du genoux douloureux; le mollet fut pris d'une tuméfaction dure comme la pierre; nous combattîmes à la fois et le scorbut et la fausse enkylose; et, dans les premiers jours de juin, le malade, fléchissant un peu le genou, et appuyant toute la plante du pied parterre, commençait à marcher assez bien. Sur la fin de juin il faisait d'un seul trait plusieurs fois le tour de la salle; et, aujourd'hui 15 août, il va quitter une de ses béquilles pour un béquillon.

Voici, du reste, son état actuel: raccourcissement de 3 centimètres; la jambe se fléchit sur la cuisse un peu plus qu'à angle droit; la cuisse, par des mouvements communiqués, joue librement sur le bassin, mais, au contraire, semble enkylosée dans les mouvements volontaires, qui se passent dans la région lombaire; le pied est tourné en dehors, et la rotation en dedans; l'adduction et l'abduction du membre n'ont lieu, pour la plus grande partie, que dans la même région lombaire, et par des mouvements du bassin.

Au total, ce malade a été le plus heureux de tous ceux dont nous venons de faire l'histoire; mais il n'y a pas là de quoi s'applaudir. Il a subi un traitement fort long, il a souffert, et il n'a pas encore les mouvements libres, sans parler d'une claudication inévitable. Le suivant arriva presque en même temps dans le service; mais il garda moins longtemps l'appareil; aussi le résultat fut quelque peu meilleur.

Obs. VI. — Egrot, soixante-quatorze ans, tomba sur la hanche droite, le 15 décembre 1840, ne put se relever, fut apporté à l'infirmerie de Bicêtre, et placé dans le même appareil que Crouy. On avait diagnostiqué une fracture du col fémoral, bien que le raccourcissement fût à peine sensible.

Le 5 février, l'appareil fut ôté; pas de raccourcissement; mais, trois jours après, comme chez Crouy, nous reconnûmes un raccourcissement de 3 centimètres. Dès lors réapplication du plan incliné avec addition d'un lacq inguinal. Mais notre malade fut moins docile que l'autre; il commença par se défaire du lacq inguinal; puis le 2 mars il me pria de lui ôter le reste de l'appareil. Je cédai à ses instances, en lui pronostiquant une augmentation dans le raccourcissement; mais il n'en tint compte. Il y avait quelque gonflement au genou et au pied, qui se dissipa bientôt, et il se mit à marcher avec des béquilles. Dès la fin de mars, il faisait plusieurs fois le tour de la salle, ne touchant le sol que par le bout du pied, mais s'appuyant dessus solidement; le raccourcissement était arrivé à 4 centimètres; dès le mois de juin il n'avait plus qu'une béquille et un béquillon, et avait pu aller jusqu'à la barrière de Fontainebleau, ce qui, pour l'aller et le retour, fait une route de près de cinquante minutes. Mais, au 15 août, il gardait encore sa béquille et son béquillon.

Ce furent principalement ces deux faits parallèles qui me forcèrent à réfléchir, et m'engagèrent à modifier ma thérapeutique. Jusque là, m'appuyant d'une part sur la difficulté de distinguer les fractures exactement intrà-capsulaires, et d'autre part, sur

la réalité de la consolidation osseuse observée dans quelques cas de ces fractures mêmes, je ne voulais pas déshériter mes malades de cette chance heureuse, et je n'avais égard qu'à cette unique indication. Mais alors recueillant tous mes faits, considérant qu'il ne m'a pas été donné jusqu'ici de rencontrer un seul individu guéri sans raccourcissement, et qu'avec le raccourcissement, peu importe en définitive si le cal est osseux ou fibreux; mais par-dessus tout, frappé des dangers de l'application prolongée des appareils, je me suis résolu à ne laisser le mien en place que quarante-cinq ou cinquante jours, terme bien suffisant pour obtenir une réunion fibreuse solide, et même, s'il y avait lieu, une réunion osseuse. Je rapporterai ici le premier cas où j'eus à m'applaudir de cette conduite.

Obs. VII. — Mercier, âgé de soixante-quatorze ans, tomba sur la hanche droite, le 20 mai 1841, ne put se relever, et deux heures après fut apporté dans mon service, où je le vis le lendemain. Il se plaignait d'une douleur à la région trochantérienne, qui était modérément gonflée; le pied était tourné *en dedans*, avec facilité de le ramener en dehors par un mouvement communiqué; le malade soulevait assez bien la jambe et le pied au-dessus du sol; et nous aurions douté de la nature de la lésion sans un raccourcissement de douze à quinze millimètres. Il fut mis sur le double plan incliné.

Le 30 juin, cinquantième jour, l'appareil ôté, et la mensuration opérée à plusieurs reprises, nous trouvons constamment le membre fracturé plus long de quelques millimètres. J'avais recommandé au malade de s'exercer dans son lit, sans descendre à terre; il ne m'écouta pas, voulut s'appuyer sur le pied malade pour éprouver la force, et ressentit aussitôt un peu de douleur à la hanche. Je pris donc de nouvelles mesures du membre le 2 juillet, et je trouvai cette fois un raccourcissement d'un centimètre. Ne voulant à aucun prix tenter de nouveau l'appareil, je donnai des béquilles au malade; mais au bout de huit jours, il en avait déjà mis une à la réforme; le 16 juillet, il nous montra qu'il pouvait marcher quelque peu sans aucun soutien, et avec une claudication très-légère; mais avec sa béquille il parcourait toutes les cours de l'hospice. Les mouvements de la jambe et de la cuisse étaient libres, et la cuisse jouait presque complétement sur le bassin. Dans les premiers jours d'août, il voulut même quitter son béquillon, et, sans béquillon, il a pu aller une fois de Bicêtre à la barrière Mont-Parnasse, ce qui fait une petite lieue. Je l'ai revu ces jours passés; il boite peu, mais ne saurait encore aller bien vite, et il ressent une légère douleur dans la hanche. La jambe s'était gonflée d'abord par l'effet de la marche; aujourd'hui, elle ne se tuméfie que fort peu vers le soir. Enfin, je me suis assuré que jusqu'à présent, le raccourcissement n'a pas augmenté.

Je n'ai jamais vu d'aussi beau résultat; mais il convient de dire que cela tient sans doute à certaines conditions de la fracture même, qui n'ont pas permis un plus grand raccourcissement. Chez Egrot et Crouy, on a vu après cinquante jours le raccourcissement se produire bien plus considérable, et j'en ai à présent même un autre exemple dans mon service. Il ne faudra pas même espérer toujours une telle facilité pour le membre de reprendre ses fonctions; et après avoir tant étudié les fractures du col fémoral sous le point de vue anatomique, il est urgent de les étudier cliniquement, pour tâcher de distinguer celles qui se prêteront ou qui se refuseront à un pronostic aussi favorable. C'est ce que je propose de faire par la suite; et déjà dans les observations que je viens de présenter en raccourci, on a pu être frappé de ces deux circonstances dont nul auteur n'avait parlé, la fréquence de ces fractures au côté droit (j'en ai deux autres actuellement dans mon service, qui sont également de ce côté), et cette singulière répartition des mouvements de la cuisse chez les sujets qui sont restés le plus longtemps dans l'appareil, savoir : les mouvements communiqués se passant dans la hanche, et les mouvements volontaires liés à ceux du bassin.

(*Ibidem.*)

---

30. *Conférence chirurgicale sur le bégaiement;* par M. Amussat.

En présence de MM. Textor, Jaeger, Starck, Oliffe, et de beaucoup d'autres médecins français et étrangers, M. Amussat a exposé ses idées sur l'opération du bégaiement, et il a opéré plusieurs bègues.

Après avoir démontré qu'il était généralement admis en France et à l'étranger que cette opération devait être abandonnée, M. Amussat a dit que, malgré les efforts qu'il a faits, le découragement s'est emparé de tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette question, à cause de la récidive du bégaiement et des dangers de l'opération.

M. Amussat étant parvenu à modifier la formation de la cicatrice, cette conférence a pour but de faire renaître la confiance dans le traitement chirurgical du bégaiement.

L'opération du bégaiement, telle que M. Amussat l'a conçue et exécutée, consiste à couper les attaches membraneuses et musculaires de la langue à la mâchoire inférieure. Cette opération réussit presque toujours immédiatement, c'est un fait généralement admis : mais la récidive du vice de la prononciation a lieu le plus souvent par la soudure des parties divisées, et presque tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération y ont renoncé autant par le défaut de succès que par la crainte des accidents.

M. Amussat lui-même a été arrêté quelque temps par ces raisons puissantes : cependant tous ses efforts ont été dirigés vers le perfectionnement de cette innovation. A force de recherches et de persévérance, il croit être arrivé à obtenir ce qu'il cherchait si ardemment, c'est-à-dire à rendre l'opération plus simple et plus sûre.

Pour empêcher la soudure des parties divisées, M. Amussat a d'abord imaginé beaucoup d'instruments, mais toujours inutilement. Désespérant d'arriver à son but par les moyens mécaniques, il

a interrogé les analogies : il a cherché comment se font les cicatrices de nouvelle formation dans les brûlures, dans les pertes de substances, mais inutilement encore. C'est seulement l'analogie des cicatrices qu'il obtient en agrandissant le méat urinaire qui l'a guidé, et lui a fait obtenir le résultat tand désiré.

Voici le fait :

Si, après avoir agrandi le méat urinaire chez l'homme, en débridant le gland en bas (1), on ne s'oppose pas efficacement à la formation de la cicatrice, malgré le passage de l'urine, malgré les sondes les plus grosses, le méat, agrandi du double ou du triple, se referme et revient au point où il était avant l'opération; mais si on s'oppose à l'agglutination des lèvres de la division par une légère cautérisation de l'angle inférieur de la plaie, ou simplement en détruisant de temps en temps le travail de cicatrisation de cet angle, alors les lèvres de la division se couvrent d'une pellicule, et bientôt le méat se trouve agrandi; et lorsque l'opération a bien réussi, on ne se douterait pas de l'agrandissement opéré par l'art : on pourrait croire que c'est un état normal.

M. Amussat ajoute qu'il n'est pas inutile de dire encore qu'en cautérisant toutes les surfaces divisées ou en mettant un corps étranger dans l'ouverture, on n'obtiendrait pas le même résultat. Il ajoute aussi que lorsque le méat urinaire chez l'homme est détruit plus ou moins par un chancre, l'ouverture largement béante se rétrécit peu à peut et finit par être plus étroite qu'auparavant, et il est fort difficile, ou même impossible, de l'agrandir par la dilatation. Il faut en venir à l'opération que M. Amussat a imaginée pour agrandir le méat naturellement trop petit. On doit, du reste, agir dans ce cas comme il l'a indiqué, c'est-à-dire empêcher le travail de réunion dans l'angle de la plaie, pour donner le temps à la cicatrice de se faire sur les lèvres ulcerées du méat.

L'explication de ce fait, dit M. Amussat, est très-simple et facile à saisir; il est évident que pendant qu'on retarde le travail de la cicatrisation dans un point, il marche sur les autres, et que la nature ne pouvant procéder comme elle le fait ordinairement, c'est-à-dire, en rétrécissant les surfaces divisées et en rapprochant les points écartés, les bourgeons charnus se froncent, se couvrent d'une pellicule, et il se forme une cicatrice qu'on pourrait appeler de troisième intention, par opposition aux deux autres admises dans la science.

M. Amussat espère que cette théorie sera applicable à toutes les ouvertures qu'on voudra agrandir ou empêcher de se rétrécir; ainsi les paupières, la bouche, les narines, etc.

Et à l'appui de cette opinion, il présente un jeune homme sur lequel on constate ces résultats obtenus par les moyens qui viennent d'être indiqués; c'est-à-dire que l'on remarque entre la mâchoire et les canaux de Warthon un espace assez grand, reconvert du côté de la langue surtout par *une membrane muqueuse de nouvelle formation*. Nous allons donner l'observation de cet opéré, ainsi que celles de deux autres bègues opérés en présence des personnes présentes à la conférence.

Première observation.—Morlon, âgé de vingt cinq ans, scieur de pierres à Paris, est affecté d'un bégaiement très-fort, qui est accompagné, le plus ordinairement, de la contraction des muscles de la face, surtout de ceux du côté droit; les paupières se rapprochent, et les narines se dilatent fortement.

Cet homme nous dit que son père ne parlait pas bien correctement, et que deux de ses frères bégaient, mais à un degré moins marqué que lui. Comme la plupart des bègues, Morlon chante sans bégayer, et son infirmité est plus grande lorsqu'il est en colère, ou quand il se trouve avec des personnes qu'il ne connaît pas.

La langue est légèrement déviée à gauche; elle se relève difficilement vers le nez. Dans la bouche, elle ne peut arriver jusqu'à la voûte palatine, le filet est fort et très-tendu dans les mouvements d'élévation.

Le bégaiement est très-marqué chez cet homme, comme nous l'avons déjà dit; les syllabes des mots sont répétées plusieurs fois séparément, et il ne parvient qu'au bout d'un certain temps, et après beaucoup d'efforts, à prononcer d'une manière intelligible, par exemple, son nom, son âge, etc. C'est surtout lorsqu'on l'interroge qu'il éprouve, pour repondre, le plus de difficulté dans la prononciation.

22 mai, M. Amussat pratique l'opération suivante : La langue étant tenue relevée au moyen de deux pinces placées sur les côtés de l'insertion du filet à cet organe, il commence par réséquer complètement avec des ciseaux ce repli fibreux depuis son attache à la mâchoire jusqu'à la pointe de la langue. Bien qu'immédiatement après l'opéré ait infiniment mieux parlé, ce qu'il nous disait avec une joie extrême et sans contracter autant qu'auparavant les muscles de la face, on a cru devoir réséquer encore l'enveloppe fibreuse des muscles, afin de mettre ceux-ci complétement à découvert, et de leur donner ainsi une entière liberté de contraction qu'ils nous parissaient avoir perdue par suite de la brièveté et de la puissance trop grande du filet. Alors Morlon a parlé avec assurance, presque sans hésiter, et ce qu'il y eut surtout de très-remarquable, c'est que les mouvements spasmodiques de la face avaient disparu.

Cet état satisfaisant, survenu immédiatement après l'opération, s'est maintenu jusqu'à ce que le travail de cicatrisation, auquel on ne s'était pas opposé, fût à peu près complétement terminé. Alors le bégaiement a reparu, moins fort il est vrai,

(1) Cette petite opération se fait avec un petit bistouri très-étroit, garni d'une petite boulette de cire, le tout trempé dans l'huile, la verge étant retournée et tordue de côté, de manière que le frein regarde en haut, pour mieux voir ce que l'on veut faire; on insinue le bistouri dans le méat, et, arrivé au point convenable, on perfore et on incise d'un seul coup la portion du gland qui doit servir à l'agrandissement du méat urinaire. Cette opération est souvent très-utile et indispensable même pour pratiquer la lithotritie, et pour pouvoir guérir complétement les rétrécissements de l'urètre par la dilatation de ce canal.

mais encore assez évident pour constituer une véritable récidive ; alors aussi nous avons constaté qu'à la place du filet qui avait été réséqué, il existait un tissu de cicatrice dur et blanchâtre, qui formait un nouvel obstacle aux libres mouvements de la langue. Nous aurions bien désiré, dit M. Amussat, pratiquer promptement une autre opération pour arriver au résultat que nous n'avions atteint qu'en partie ; mais, d'une part, il y avait de l'induration au-dessous et sur les côtés de la cicatrice, et, d'autre part, M. Amussat n'était pas encore fixé sur le moyen d'empêcher le rapprochement des lèvres de la nouvelle plaie qu'il se proposait de faire. Il attendit donc forcément à tenter une nouvelle opération sur laquelle il fondait de grandes espérances, pourvu toutefois qu'il pût s'opposer au rapprochement des parties divisées.

Le 27 août, après avoir constaté que Morlon bégayait encore, mais d'une manière simple, si nous pouvons nous exprimer ainsi, c'est-à-dire sans contracter spasmodiquement les muscles de la face, comme cela avait lieu avant la première opération, M. Amussat coupa complétement, par une section demi-circulaire derrière la mâchoire et profondément jusqu'aux muscles génio-glosses, l'attache du filet et des parties membraneuses situées au-dessous, et immédiatement après nous constatâmes une amélioration bien sensible.

Depuis ce temps, Morlon est venu voir M. Amussat tous les deux jours, et plusieurs fois, pour empêcher le rapprochement des bords de la plaie ; ce chirurgien a incisé légèrement les angles et le fond de la cicatrice qui tendait à se faire. Par ce moyen et par de la charpie placée dans la plaie et maintenue par la compression avec un instrument de plomb adapté à la forme de la mâchoire et tenant en même temps les bords de l'incision écartés, nous sommes arrivé, dit M. Amussat, au but que nous désirions atteindre depuis si longtemps, c'est-à-dire que l'espace compris entre la mâchoire et l'attache du filet à la langue ayant été agrandi d'une manière permanente, la guérison de notre opéré, qui devient de jour en jour plus évidente, ne tardera pas, nous l'espérons, à être complète.

Deuxième observation. — Jules Falauteuf, âgé de dix-huit ans, fabricant de montures de parapluie, est atteint d'un bégaiement extrêmement fort ; il reste souvent une minute et plus sans pouvoir répondre aux questions qu'on lui adresse. Alors la face devient vultueuse, les muscles de la face se contractent et les ailes du nez se dilatent et se resserrent spasmodiquement ; quelquefois même il ne peut pas prononcer certaines phrases, son adresse, par exemple. A la suite de tous ces efforts, qui sont pénibles et qui font mal à voir, ce jeune homme éprouve une oppression et un essoufflement assez fort ; il chante sans bégayer : *Au clair de la lune ;* mais il ne peut, qu'avec les plus grandes difficultés, répéter, en parlant, les mots de cette chanchon. L'orsqu'on lui couvre le visage, il a tout autant de peine à parler. Enfin, il nous assure que son infirmité est moins grande lorsqu'il est en présence de personnes qu'il connaît beaucoup.

La langue est déviée à droite et bifurquée à sa pointe ; le filet est large, tendu dans les mouvements d'élévation, qui peuvent à peine avoir lieu ; et il s'insère à la mâchoire très-près des dents, par une bride triangulaire, blanchâtre et résistante.

Quant à l'état de la langue, nous devons dire que quelques personnes présentes prétendaient que cet organe était bien conformé et qu'avec une pareille langue on devrait parler librement. M. Amussat les a détrompées en les priant de montrer leur langue ; car aucune de celles-ci ne présentait la conformation anormale que nous avons signalée et qui existe à un degré plus ou moins marqué chez un grand nombre de bègues.

M. Amussat commence par couper l'attache triangulaire du filet à la mâchoire. Aussitôt après notre bègue est pris d'un rire extravagant ; tout le monde est étonné de le voir dans un état si peu ordinaire ; on lui demande la cause de sa joie ; il rit plus fort ; enfin, il répond que c'est parce qu'il sent déjà que sa langue est déliée (ce sont ses expressions) et qu'il parle beaucoup mieux. En effet, nous constatons un changement très-remarquable dans la prononciation. Néanmoins on pratique, ainsi que chez les autres opérés, une incision demi-circulaire et profonde derrière la mâchoire, jusque près de l'attache des muscles génio glosses. Après cette section, l'état de l'opéré s'est encore trouvé amélioré d'une manière très-notable, et il a répondu, presque sans hésiter, à toutes les questions que nous lui avons adressées. Nous sommes en droit d'espérer, dit M. Amussat, que la guérison de cet opéré se maintiendra si, comme nous le pensons, nous avons trouvé les moyens de nous opposer au rapprochement des bords de l'incision.

Troisième observation. — M. T..., âgé de vingt-huit ans, bégaie depuis qu'il parle ; en lisant, il bégaie moins qu'en parlant. Cette infirmité est plus grande en hiver qu'en été, ainsi que lorsque l'atmosphère est humide. Dans l'intimité, il bégaie beaucoup moins que lorsqu'il se trouve avec des personnes qu'il connaît peu. Dans ces circonstances, la respiration est courte, et lorsqu'il veut parler, une seule inspiration ne suffit pas pour lui faire prononcer nettement un mot ou une phrase en entier. La langue est effilée, assez pointue ; ses deux moitiés sont séparées par un sillon assez marqué : elle ne peut se relever du côté du nez, ni s'abbaisser du côté du menton au delà des lèvres ; elle ne peut pas également, lorsqu'elle est dans la bouche, se relever jusqu'à la voûte palatine.

Le filet est fort et dur ; il s'insère très-près de la pointe de la langue. A cette disposition particulière, s'ajoute peut-être aussi un défaut de longueur. Enfin, l'espace compris entre ses deux insertions est très-étroit.

Voici les mots que nous avons notés, sur lesquels il bégaie presque constamment : *amplepuis*, qu'il prononce *ampleplepuis ; cultivateur*, *cu-cultivateur*. En chantant *Vive Henri quatre, vive ce roi vaillant*, il bégaie sur le dernier mot.

Le 3 juin 1841, M. Amussat pratique l'opération.

Comme dans ce cas les canaux de Warthon sont presque accollés à la mâchoire, il débride la muqueuse et la fibreuse au-dessus de ces canaux, et il résèque ensuite le filet et l'aponévrose à partir de ce point jusqu'à la langue. Nous constatons, à la

suite de cette opération, une amélioration assez notable; cependant on croit devoir encore enlever quelques fibres des muscles génio-glosses. Immédiatement après cette résection, le bégaiement est beaucoup moins fort, et le malade prononce plus facilement les mots que nous avons notés.

Le 26 juin, l'amélioration obtenue se maintient au même degré; la cicatrice est dure, les tissus environnants sont indurés, et les mouvements de la langue, par suite de la cicatrice vicieuse, n'ont pas beaucoup gagné en étendue.

Le 16 septembre, nous constatons que la langue est courte et que ses mouvements sont toujours gênés par les tissus de cicatrice de nouvelle formation. Le bégaiement est surtout très-évident lorsque le jeune homme fait une lecture à haute voix ou lorsqu'il raconte. Lorsqu'on l'interroge, il répond assez bien à toutes les questions, et il prononce sans bégayer son nom, son âge, son pays, etc.

Avec un petit bistouri en rondache, M. Amussat pratique, en commençant à gauche, une section demi-circulaire derrière la mâchoire, et en continuant l'opération, il arrive profondément jusqu'aux muscles génio-glosses. Immédiatement après, notre opéré lit beaucoup mieux, et l'amélioration obtenue n'est mise en doute par aucune des personnes qui assistent à cette opération.

De même que chez les autres, M. Amussat emploiera les mêmes moyens pour éviter le rapprochement des bords de la plaie, et déjà, par ce qu'il a obtenu, il espère une amélioration durable pour cet opéré; mais peut-être serons-nous obligé de couper peu à peu l'attache des génio-glosses, en nous opposant, de même que pour les parties membraneuses, au rapprochement des bords de l'incision.

M. Amussat pourrait ajouter beaucoup d'autres faits anciens et nouveaux à l'appui des principes qu'il a cherché à établir; mais il ne veut citer que ceux qui ont été observés par les personnes présentes à cette conférence, parce qu'elles pourront les revoir et les suivre, afin de constater les résultats définitifs.

M. Amussat espère que ces succès se maintiendront comme beaucoup d'autres qu'il a obtenus, et mieux encore, parce que maintenant il a trouvé le moyen de s'opposer à la formation d'une cicatrice vicieuse. Du reste, il n'a pas la prétention de guérir tous les genres de bégaiement; il l'a déjà dit, et il le répète à dessein, parce qu'on lui a fait dire le contraire; mais il est en droit d'espérer qu'un grand nombre de bègues sur lesquels on obtient un succès immédiat pourront être guéris définitivement par les perfectionnements apportés à l'opération.

Il est utile de prévenir les chirurgiens qui voudront pratiquer l'opération, que la soudure de la plaie des parties divisées pour guérir le bégaiement se fait avec une grande rapidité, malgré tous les obstacles qu'on peut lui opposer en la bourrant de charpie ou de tout autre corps, et en les comprimant même avec des instruments. Rien n'est plus simple cependant pour obtenir le résultat désiré : il suffit de bien comprendre les principes que M. Amussat a cherché à établir au commencement de cette conférence. Pour détruire l'agglutination qui s'est faite deux ou trois jours après l'opération, et obtenir une ci-cicatrice d'allongement, il suffit de pousser fortement la langue en arrière pour voir se détacher la membrane grise et molle qui colle les parties divisées; mais il est beaucoup plus simple de promener légèrement un instrument tranchant en rondache ou en onglet dans le fond de l'angle de la division. Puis on passe le bout du petit doigt pour s'assurer du résultat, et voir s'il existe quelques brides ou des inégalités. On fait laver la bouche, ou on injecte de l'eau froide simple ou vinaigrée; puis on place un petit bourdonnet de charpie lié par le milieu, on le tasse doucement au fond de la plaie; on place le fil qui tient le bourdonnet entre la lèvre inférieure et les dents, afin de pouvoir l'ôter plus facilement, et on le maintient par un compresseur de plomb : c'est une sorte de coin demi-circulaire évidé intérieurement en fer à cheval, et moulé sur la forme de la mâchoire.

L'objet essentiel après l'opération, c'est donc de s'opposer à la formation d'une cicatrice vicieuse. Il est par conséquent fort important, dit M. Amussat, de faire tout ce qui a été indiqué pour empêcher la soudure ou le rapprochement des parties divisées, et, pour atteindre ce but, l'opéré doit être bien convaincu de la nécessité des pansements réguliers; mais il en est beaucoup qui ne reviennent plus après l'opération : contents de bien parler, ils ne supposent pas la récidive possible; il importe donc de les prévenir de la nécessité de s'opposer à ce fâcheux résultat.

M. Amussat a souvent entendu dire que la cause des succès immédiats après l'opération du bégaiement devait être attribuée à la douleur produite par l'opération; mais il est très-facile de détruire cette objection, qui est fort accréditée. Il suffit de dire qu'en ne faisant que le premier temps, comme M. Amussat le pratiquait autrefois, la douleur était assez vive, et que quelquefois même elle déterminait la syncope; cependant le bégaiement persistait au même degré. Or, si dans ces cas la cause du vice de la prononciation n'avait pas été dans les muscles génio-glosses rétractés, le bégaiement aurait dû disparaître, au moins momentanément, après le premier temps qui causait une douleur très-vive.

En résumé, M. Amussat croit être en mesure de rassurer les praticiens découragés, et de leur faire espérer que l'opération du bégaiement ne sera pas abandonnée comme on le croit généralement, d'abord parce qu'elle est beaucoup simplifiée, et surtout parce que désormais on pourra empêcher la récidive, toutes les fois du moins qu'elle dépendra du travail de cicatrisation.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 114.)

29. *Fèves de marais introduites dans le canal de l'urètre ; rétention d'urine; inflammation gangréneuse de la verge et du scrotum ; mort du malade ;* par M. Gaspard, D.-M. à Frarisac (Gironde.)

Je viens soumettre à votre observation un cas de chirurgie pratique qui, sans être très-rare dans les fastes de l'art, pourra peut-être encore attirer l'attention de vos nombreux lecteurs, tant à cause de l'âge, des goûts bizarres de l'individu qui me l'a présenté, que des accidents graves qui sont venus le frapper de mort.

Le 13 août 1841, je fus mandé pour donner mes soins au nommé Vigneau, âgé de cinquante ans, vigneron, atteint d'une rétention d'urine depuis sept jours. Arrivé près du malade, je me plaignis aux parents du peu d'empressement qu'ils avaient mis à me faire appeler ; mais ils me répondirent que le malade s'y était constamment opposé, et que, plus tard, ils m'expliqueraient pourquoi.

Il était sous l'influence d'une fièvre intense, accompagnée de nausées, de mouvements convulsifs, de la gêne de la respiration, d'un état général d'anxiété, de l'altération de la physionomie, de la sécheresse de la bouche et de celle de la langue. L'ayant mis à découvert, je fus désagréablement frappé d'une odeur gangréneuse qui s'exhalait de dessous les couvertures. L'abdomen était météorisé, et la vessie, distendue outre mesure par l'accumulation de l'urine, s'élevait jusqu'au niveau de l'ombilic. La verge et le scrotum, excessivement engorgés, étaient d'un noir livide, et présentaient déjà çà et là quelques plaques gangréneuses ; de plus, l'extrémité du méat urinaire m'offrit ceci de remarquable, qu'il se trouvait fendu à sa partie inférieure jusqu'au-delà de la fosse naviculaire.

Je me disposais à pratiquer le cathétérisme, mais ma sonde fut bientôt arrêtée à la profondeur d'un pouce environ, où un corps dur et sésistant opposa une barrière insurmontable au passage de l'instrument.

J'appris alors que l'obstacle que je venais de rencontrer était produit par des fèves de marais, que le malade avait introduites en bourrant le canal de l'urètre avec une baguette, afin de soliciter des jouissances qu'il ne pouvait se procurer autrement; que n'aimant point les femmes, il se livrait avec rage à la masturbation; que l'incision que je remarquais à la verge était le résultat de coupures faites avec son couteau, pour amener des éjaculations qu'il se procurait difficilement et avec moins de volupté avec les moyens ordinaires ; et qu'enfin les fèvres qu'il avait introduites dans le canal de l'urètre, qui en était comme farci, c'était encore dans le même but ; mais qu'une fois enfoncées à l'aide de la baguette, il n'avait pu les sortir ; qu'une violente inflammation du canal et de tout l'appareil génital urinaire avait emmené une rétention d'urine avec des douleurs cuisantes, mais que malgré ses souffances, toujours retenu par la honte, il avait refusé jusque-là les secours de la médecine.

Eclairé par ces commémoratifs, j'appréciai bien plus facilement les causes qui avaient précidé au développement de la gangrène. Je pensai en effet que la portion de l'urètre comprise entre le corps étranger et la vessie, ayant cédé aux efforts violents qu'avait fait le malade pour uriner, celle-ci s'était rompue, et que l'urine en s'infiltrant dans l'épaisseur du périnée, dans les bourses et sous la peau de la verge, avait formé des dépôts dans le tissu cellulaire, et qu'elle l'avait ensuite frappé de mort par son contact.

N'ayant pas sous la main la pince de Hunter, et voulant à tout prix secourir ce malheureux, je me contentai d'employer de simples pinces à pansement. D'ailleurs, l'incision que le malade s'était faite à l'extrémité du méat urinaire, jointe à l'habitude qu'il avait de s'introduire des corps étrangers dans le canal, l'avait rendu plus large ; cette circonstance me donna à penser que mon essai serait couronné de succès.

Je réussis en effet, non sans quelques difficultés, à extraire ainsi quatre fèves de marais, que la chaleur et l'humidité avaient considérablement grossies. J'introduisis ensuite facilement ma sonde dans la vessie, d'où je sortis quatre pintes d'urine sanguinolente, et d'une horrible fétidité. Je prescrivis une médication et un régime approprié à la gravité du mal. Je le sondai de nouveau dans la soirée du 13 ; son état me parut encore plus alarmant ; il est vrai que, malgré mes vives recommandations, on l'avait alimenté.

La nuit fut orageuse ; le lendemain matin je le trouvai plus affaissé, je le sondai de nouveau, mais dans la soirée il mourut.

Je regrette de n'avoir pas porté le scalpel dans les voies urinaires, afin d'en examiner les différents désordres, mais nos paysans ne sont pas encore assez avancés pour qu'ils nous permettent de faire, dans leurs chaumières, de l'anatomie pathologique.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, septembre.)

---

31. *Lettre sur le débridement sous-cutané des hernies étranglées ;* par un chirurgien d'hôpital.

Monsieur,

Les découvertes qu'enregistrent chaque jour la presse et les Académies ne méritent et n'obtiennent pas non plus toutes le même accueil. Qu'une innovation, par exemple, se présente seule et à l'état de théorie, sans moyens d'application, sans résultats actuels, fût-elle étayée de l'autorité des plus grands noms, fût-elle entourée des raisonnements les plus spécieux, elle succombera sans un seul partisan ; et, quelque prévenu qu'on soit contre l'opinion publique, on doit au moins lui savoir gré du service qu'elle nous rend par cette indifférence, jugement secret, mais prompt et sans appel, dont elle frappe ainsi tant de doctrines sans but, tant d'hypothèses stériles. Mais quand l'idée prend un corps, quand la réalisation commence, quand les faits se groupent autour de la théorie, alors l'indifférence doit cesser, car un plus long silence serait coupable, et c'est à la critique qu'il appartient de scruter les dogmes, de peser leur valeur, et de dé-

cider jusqu'à quel point ils méritent d'être traduits en applications pratiques. Ce devoir, Monsieur, je viens aujourd'hui le remplir suivant mes forces, relativement à votre proposition de débridement sous-cutané, qui a été inséré dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE. Depuis longtemps émise déjà, mais repoussée jusqu'ici par l'incrédulité générale, cette idée ne peut plus rester sans discussion, aujourd'hui que vous l'avez appliquée avec succès, et j'espère que vous voudrez bien accueillir les réflexions que m'a suggérées votre intéressante communication.

Et d'abord, je dois vous le déclarer, nos principes ne sont pas aussi opposés que pourrait le faire pressentir ce début. Personne plus que moi n'a de sympathies vives et sincères pour la méthode sous-cutanée, cette fille de prédilection à qui vous avez assuré déjà par vos travaux un si magnifique avenir. D'autre part, il faut encore le dire, je suis un partisan de la herniotomie sans incision du sac; je crois à la possibilité, à l'innocuité et à l'efficacité de cette méthode; et, malgré l'anathème des chirurgiens modernes, j'attendrai, pour changer de croyance, qu'on ait opposé aux raisonnements de ses défenseurs des raisonnements plus péremptoires; aux 7 guérisons sur 9 cas qu'a citées M. Bonnet, de Lyon (Voy. GAZ. MÉD., 1840, n. 50), un chiffre plus satisfaisant obtenu par l'emploi de la méthode ordinaire; enfin, à l'autorité de J.-L. Petit et d'A. Cooper, qui s'en sont constitués les patrons, des noms plus haut placés dans l'histoire de la chirurgie.

Vous voyez déjà, Monsieur, ce qu'il y a de commun entre votre doctrine et la mienne. Mettre la cavité péritonéale à l'abri du contact de l'air, voilà le but que nous nous proposons l'un et l'autre. C'est là, pour vous comme pour moi, que se trouve la perfection idéale de la herniotomie; et ce résultat est si important qu'il ne nous semblerait pas trop chèrement acheté par les quelques chances d'incertitude et d'erreur inhérentes au procédé de herniotomie sans incision du sac. Mais vous faites un pas de plus, et pour étendre aux parties extérieures le bénéfice des conditions avantageuses que le débridement hors du sac crée en faveur de la surface péritonéale, vous proposez d'inciser l'anneau par la méthode sous-cutanée. Comme vous, j'admets en principe les immenses avantages de cette simplification; et, s'il ne s'agissait que d'en juger théoriquement la valeur, à coup sûr personne n'éleverait contre elle la moindre objection. Sa possibilité ne peut non plus être mise en doute après l'observation dont vous avez si exactement rapporté les détails. Mais ce succès se répétera t-il dans un grand nombre de circonstances? Votre procédé trouvera-t-il beaucoup de cas d'application? Son exécution sera-t-elle aussi souvent que vous le pensez, je ne dis pas possible, mais praticable de manière à ce que ses avantages l'emportent sur ses dangers? Voilà maintenant ce qu'il faut examiner.

Prenons la question telle que vous l'avez établie vous-même. « Nous posons en principe, dites-vous, que le débridement sous-cutané devra être substitué aux méthodes anciennes toutes les fois qu'on aura affaire à une hernie étranglée récente, intestinale aussi bien qu'épiploïque, crurale aussi bien qu'inguinale, ombilicale aussi bien que ventrale, pourvu qu'on ait de justes motifs de croire qu'il n'y a pas d'étranglement par le collet du sac, et que la portion intestinale étranglée ne soit pas frappée de gangrène. » Certes, pour quelques chirurgiens, il y aurait déjà fort à redire dans cette déclaration de principes; et à leurs yeux votre procédé ainsi limité risquerait fort de rester inutile faute de cas d'application, puisque les hernies étranglées par l'anneau, seule espèce où il puisse convenir, sont précisément celles dont ils nient l'existence. Je n'insisterai point sur cet argument; d'autres en ont déjà montré le peu de solidité mieux que je ne pourrais le faire ici. La GAZETTE MÉDICALE a suffisamment édifié ses lecteurs à cet égard, et, au jugement du plus grand nombre d'entre eux sans doute, le mémoire de M. Diday a terminé le débat sans réplique. Peut-être cependant cette réponse, si décisive qu'elle paraisse aux partisans de l'étranglement par les anneaux, a-t-elle fait à leur cause autant de tort que de bien en trahissant la faiblesse du camp victorieux. Peut-être serait-on en droit de dire maintenant que, si la discussion a mis hors de doute l'existence de cas de ce genre, elle en a aussi mis hors de doute la rareté. Je pourrais m'appuyer avec avantage là-dessus, car vous comprenez que chaque avantage remporté par la doctrine de M. Malgaigne est un argument contre l'extension de votre méthode, à laquelle forcément il arrache des cas d'application. Mais ne nous arrêtons pas à en compter le nombre : voyons s'il en existe réellement.

La herniotomie sous-cutanée ne convient qu'aux hernies étranglées par l'anneau; c'est à ces cas, d'après vous, qu'elle doit être restreinte. Mais une objection se présentait naturellement ici, et vous l'avez bien sentie; comment s'assurer si cette circonstance, condition *sine quâ non* pour l'application de la méthode, existe? Comment reconnaître avant l'opération que l'étranglement siége à l'anneau et non pas au collet du sac?

On peut, d'après les auteurs, arriver à ce genre de diagnostic de deux manières bien différentes, par les signes sensibles et par les signes rationnels. Les premiers ne sont pas même indiqués dans votre mémoire; mais en vérité je ne saurais vous faire de cette omission un sujet de reproche lorsque je lis, par exemple, dans Scarpa (1), celui qui les a le plus soigneusement exposés, qu'on peut présumer l'étranglement par le collet du sac, 1° *quand on ne sent pas avec le doigt les bords de l'anneau tendus*, et 2° *quand, après quelques tentatives de réduction, les viscères rentrent en formant au-dessus de l'anneau une petite saillie qui sort de nouveau dès que le malade tousse.* Voilà tout; ce sont là les seuls éléments physiques du diagnostic. Mais je le demande aux praticiens, à ceux qui ont vu et traité des hernies, en est-il parmi eux un seul qui voulût s'en rapporter au premier de ces deux caractères? En est-il un qui osât seulement essayer de provoquer l'apparition du second, véri-

(1) Scarpa, Traité pratique des hernies, p. 122.

table réduction en bloc des viscères avec le sac, moyen de diagnostic plus dangereux que la maladie elle-même ?

Vous ne vous êtes point arrêté à cette discussion ; mais puisant à des considérations d'un autre ordre, vous faites remarquer qu'il est certaines circonstances où l'on peut, d'après les antécédents, affirmer à peu près sûrement que le sac n'est pour rien dans l'étranglement. « Ainsi, dites-vous, dans les hernies qui se forment et s'étranglent d'emblée, l'étranglement ne peut venir du collet du sac, parce que le sac n'a point et ne peut avoir de collet. » Rien de plus juste en théorie, et voilà sans contredit toute une classe de hernies où l'étranglement ne sera jamais qu'à l'anneau, et partant qui resteront acquises à votre méthode. Mais cette classe est-elle bien nombreuse ? M. Malgaigne, vous vous le rappelez, en avait nié l'existence. Or, combien son adversaire, après avoir compulsé tous les auteurs, est-il parvenu à en réunir d'exemples ? Huit ! Encore ne parlé-je ici que du chiffre tel qu'il l'avait présenté dans son premier travail : car depuis, ces huit observations ont été reprises en sous œuvre et critiquées par M. Malgaigne, et, ce triage une fois opéré, vous savez, de ces cas donnés comme avérés et authentiques, combien il en est resté débout !

Vous continuez : « Une hernie qui s'étrangle en même temps qu'elle augmente considérablement de volume, est, comme la précédente, incapable de subir la constriction par le collet du sac, puisque ce collet est formé par une partie du péritoine, ayant antérieurement l'organisation naturelle de cette membrane, et n'offrant pas de collet fibreux. » Cela me paraît, je l'avoue, assez vraisemblable ; et cependant est-il absolument nécessaire, pour qu'une hernie augmente de volume, qu'une nouvelle portion du péritoine franchisse l'orifice aponévrotique ? Et les viscères qui viennent s'ajouter à ceux que renfermait le sac ne peuvent-ils pas s'y loger en le distendant, et sans que son collet descende au-dessous du lieu qu'il occupait auparavant ? Attendons que les faits aient prononcé.

Enfin, vous rangez au nombre de celles qui s'étranglent par le collet, toute hernie réductible, congénitale ou très-ancienne, d'un volume considérable, et toute hernie qui était auparavant irréductible. D'autres auteurs avaient déjà cherché à préciser les circonstances qui prédisposent à l'étranglement par le collet, mais leurs efforts sont jusqu'ici restés à peu près stériles ou plutôt incapables de conduire à d'autres résultats qu'à des données approximatives. « Les statisticiens, ajoutez-vous, diront si leurs chiffres sont d'accord avec ces principes. » La réponse ne se fera pas attendre, car elle avait précédé la question ; et vous trouverez précisément dans le mémoire de M. Diday (1) une statistique d'où il résulte que les circonstances précitées sont tellement loin de pouvoir donner au collet cette organisation qui le rend apte à produire l'étranglement, que, sur un nombre de 14 cas où elles avaient existé, on a rencontré 7 fois (juste la moitié !) l'étranglement siégeant à l'anneau, et non au collet, comme cela aurait dû être d'après votre théorie. Comment donc croire à leur influence sur l'espèce d'étranglement produit ?

Vous le voyez, Monsieur, sans accorder à mes objections plus de valeur qu'elles n'en méritent, on peut cependant conclure tout au moins que la question reste indécise, et que la distinction du siége précis de l'étranglement ne peut jamais être faite avant l'opération d'une manière assurée. C'est, du reste, l'opinion de tous les chirurgiens modernes, et si les hésitations avouées de la théorie ne semblent pas rendre leur pratique en apparence plus incertaine, c'est qu'ils peuvent toujours, comme l'a remarqué Scarpa (1), se tirer d'embarras en coupant à la fois et le sac et l'anneau, sans examiner laquelle de ces deux parties est la cause de l'étranglement herniaire. Enfin, c'est aussi votre opinion, Monsieur ; vous-même, vous doutez de la sûreté de ce diagnostic, du moins je suis autorisé à le croire par la prudente réserve qui règne dans le texte des règles que vous donnez sur la manière de l'établir, et par la concession que vous faites un peu plus tard à la doctrine que je défends, concession dont je vais maintenant examiner les conséquences.

« A supposer qu'on se soit trompé, dites-vous, et qu'on ait eu recours au débridement sous-cutané dans des cas d'étranglement par le collet, qu'en peut-il résulter de fâcheux pour le malade ? Rien, si ce n'est d'avoir subi une opération inutile, mais inoffensive et qui n'empêcherait pas d'avoir recours à l'opération ordinaire. » C'est aussi le raisonnement qu'ont fait valoir les partisans de la herniotomie sans incision du sac pour justifier leur opération ; mais vous ne pouvez exciper du même moyen qu'eux, car votre position est bien loin d'être semblable. Par leur procédé, tout est mis à nu, on voit ce que l'on fait, on suit pas à pas l'action du bistouri, et c'est seulement de cette manière qu'on peut dire que la section de l'anneau, si elle est insuffisante, n'entraîne du moins aucun danger. Dans la méthode sous-cutanée, au contraire, cette garantie n'existe plus. L'opérateur agissant hors de la portée des yeux et sans avoir aucune donnée positive sur le siége et la profondeur de l'obstacle à diviser, la réduction des parties est le seul signe auquel il pourra reconnaître qu'il l'a atteint. Est-ce sur ce signe qu'il devra compter pour l'éclairer sur l'effet de l'incision de l'anneau, et pour lui montrer qu'elle est insuffisante ? Non sans doute, et vous devez voir maintenant qu'il n'y a aucun moyen de juger du moment où l'anneau ayant été coupé sans résultat, il est temps de substituer à la méthode sous-cutanée l'opération ordinaire. On m'opposera sans doute l'habitude, l'expérience, la grande habileté que donne la pratique de ce genre d'opérations. Ce sont là assurément des garanties fort rassurantes en général, mais suffisent-elles dans l'espèce pour annihiler les dangers que fait pressentir la théorie ? A cet égard, ma conviction est pleine et entière, je nie formellement qu'il en puisse être ainsi et je le prouve.

Dans une opération où il y a tant d'organes à évi-

(1) Voy. Gaz. Méd., 1840, p. 793.

(1) Traité pratique des hernies, p. 113.

ter, où les parties qu'il faut ménager sont si rapprochées de celles dont la division est le but qu'on se propose, où la moindre déviation du bistouri peut causer des accidents mortels, où les méprises sont si communes, même par les procédés ordinaires, il semble que la première condition serait d'avoir une notion claire et précise de la région sur laquelle on agit. « Le chirurgien doit connaître si exactement l'anatomie topographique, a dit Béclard, que quand il enfonce son instrument à travers les parties, pour en atteindre une en évitant les autres, il le dirige avec autant de sûreté que si les parties étaient transparentes, et qu'il en suivît de l'œil le trajet. » Ce conseil qui, pour les procédés opératoires ordinaires, n'est qu'une expression figurée, que le beau idéal de la précision de l'art, devient au contraire un précepte de rigueur dans la chirurgie sous-cutanée, et c'est véritablement là que le médecin a besoin de cette seconde vue que peut seule donner la pratique cent et cent fois répétée de la même opération faite dans les mêmes circonstances. Je ne dis pas, veuillez y faire attention, que cette connaissance suffit, mais je prétends qu'elle est indispensable. Or, si vous êtes de mon avis sur ce point, et je ne crois pas m'exposer à un démenti en le supposant, la cause de la herniotomie sous-cutanée est perdue, car ni vous, Monsieur, ni moi, ni personne au monde ne peut se flatter de connaître l'anatomie de la région où se pratique l'opération de la hernie étranglée. Il est généralement reconnu que le volume de la hernie, son ancienneté, la manière dont elle a été contenue, les traitements qu'elle a subis, la durée de l'étranglement, etc., altèrent les rapports et la structure des parties, au point qu'on n'est jamais sûr de ce qu'on rencontrera en opérant. Il n'y a qu'une voix à cet égard parmi les chirurgiens, et s'il est une vérité devenue proverbiale en pratique, c'est que les descriptions les plus exactes d'anatomie normale ne peuvent donner une idée de l'état des parties au moment de l'opération; qu'il n'y a pas deux hernies étranglées qui se ressemblent sous ce rapport; que, pour vaincre la difficulté qui naît de l'infinie variété de dimension, de nombre et d'épaisseur des enveloppes du sac, il n'est qu'un moyen, *beaucoup d'attention; un bon jugement et une longue expérience;* qu'enfin si la herniotomie passe à juste titre pour la pierre de touche du tact chirurgical, c'est qu'à raison de ces divers motifs elle est la seule opération peut-être qu'on ne puisse soumettre à des règles fixées d'avance. Je n'exagère pas, Monsieur, je n'invente rien, voilà ce qui a force de loi dans la science, voilà ce que j'ai mille fois entendu dire et répéter à tous mes maîtres, à Dupuytren, Sanson, MM. Blandin et A. Bérard.

Mais supposons, j'y consens, que cette difficulté n'existe pas, ou qu'elle puisse être surmontée à force d'expérience, et qu'on soit à même de déterminer d'avance l'état dans lequel se trouvent les parties, l'opération que vous proposez ne sera-t-elle suivie d'aucun danger? Je ne parle ici, bien entendu, que des hernies intestinales, celles, j'en conviens, qui opposeraient le plus d'obstacles à l'application de votre méthode, mais celles aussi qui, à raison de leur fréquence et de leur gravité, en indiqueront le plus souvent l'emploi. Je précise donc la question et je me demande si, comme vous l'affirmez, « le danger de blesser l'intestin dans une entérocèle étranglée n'est pas plus grand par la méthode sous-cutanée que par les méthodes ordinaires? »

A coup sûr, Monsieur, ce qui étonnera surtout les lecteurs dans une pareille proposition, ce sera, je pense, de la voir énoncée sous une forme dubitative. Je pourrais garder le silence et me contenter, pour toute réponse, de vous rappeler les appréhensions extrêmes que cet accident a toujours causées, même à ceux qui opèrent à découvert, et les divers procédés et les innombrables instruments qu'ils ont imaginés pour le prévenir. Vous savez mieux que moi combien, dans quelques circonstances, l'anneau est serré, le sac mince, son liquide peu abondant, et l'intestin par conséquent rapproché du contour inférieur de l'orifice aponévrotique. A qui persuadera-t-on donc qu'en pareil cas un instrument dont la vue ne peut guider la marche enfilera toujours l'étroit espace qui sépare le sac de l'anneau, sans jamais incliner d'un côté ni de l'autre? A qui surtout persuadera-t-on d'essayer cette opération, quand une déviation de moins d'une ligne peut causer des accidents mortels? Car c'est là, permettez-moi de le dire, un véritable cathétérisme forcé, avec cette seule différence qu'ici la voie est souvent moins large que dans les rétrécissements de l'urètre, l'opérateur nécessairement moins exercé, la fausse route plus facile, et ses conséquences incomparablement plus graves.

Mais, sans avoir besoin d'en appeler à l'expérience d'autrui, il me sera, je crois, aisé de prouver par le raisonnement, et par un raisonnement en quelque sorte mathématique, que les chances de léser l'intestin sont ici pour le moins aussi nombreuses que celles de l'épargner. Décomposons pour cela votre opération, et suivons-la dans ses temps successifs. Pour pénétrer dans le canal herniaire, vous employez deux instruments, un bistouri pointu et une sonde cannelée. Le bistouri vous sert d'abord à faire une ponction; mais il y a ici un point important et que vous n'avez pas suffisamment éclairci: jusqu'à quelle profondeur pénètre cette ponction? De deux choses l'une, ou l'instrument pointu est plongé de prime abord jusque sur la surface du sac, ou il ne va que dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le premier cas, il est par trop évident que l'intestin, si souvent accolé à la face interne du sac, courrait des risques qu'aucune prudence humaine ne pourrait conjurer. Ce serait reproduire, et avec plus de chances fâcheuses encore, le procédé d'incision du sac en deux temps, conseillé par Louis, et contre lequel tous les auteurs anciens et modernes ont épuisé toutes les formes du blâme. Ce n'est donc vraisemblablement par cette première méthode que vous employez, et vous ne portez sans doute la pointe du bistouri que dans l'épaisseur des couches sous-cutanées, et à une certaine distance du sac. Le danger est alors reculé, mais, pour être tardif, il n'en est pas moins menaçant; et si l'intestin n'a plus rien à craindre de l'instrument tranchant, il ne pourra guère éviter l'instrument contondant. En effet, la sonde cannelée qui doit pénétrer jusque sur le sac aura à déchirer bien des lames

fibreuses, bien des feuillets aponévrotiques avant d'y arriver ; et, dans ces mouvements, nécessairement exercés en tous sens et avec une certaine force, qui oserait répondre de l'intégrité du sac et de l'intestin contre lesquels porte son extrémité? Ainsi, pas de milieu, tôt ou tard, dans le premier ou dans le second temps, par le bistouri ou par la sonde cannelée, incision ou déchirure, l'intestin n'échapperait que par miracle à l'action d'un instrument dont la moindre déviation peut lui devenir funeste.

Mais, m'objecterez-vous sans doute, qui empêche l'opérateur d'arriver à son but en se contentant de n'imprimer à la sonde que des mouvements assez bien ménagés pour qu'ils soient incapables de léser le sac ou l'intestin ? Non, Monsieur, vous ne pouvez en répondre, je vous le dis hardiment, car cela n'est pas admissible en théorie, et l'expérience même prouve le contraire. *Théoriquement*, en effet, un instrument qui doit être poussé de manière à diviser des couches fibreuses pourra bien, à plus forte raison, percer l'intestin et le sac ; et, *par le fait*, nous voyons dans votre observation, par exemple, que, avant d'enfiler le canal inguinal, la sonde cannelée a été en premier lieu enfoncée avec assez de force pour se frayer un passage à travers la paroi antérieure du canal inguinal, en déchirant l'aponévrose du grand oblique, dont on connaît cependant la force de résistance.

Vous reposeriez-vous, pour prévenir ces accidents, sur la prudence et la lenteur avec lesquelles le chirurgien doit procéder en pareil cas? Mais l'exemple que je viens de citer montre assez, je crois, que même avec une expérience consommée, même avec une habitude de cette sorte d'opérations telles que personne ne peut se flatter d'en posséder une semblable, on est encore exposé à s'égarer et à porter d'abord l'instrument dans une mauvaise direction.

Je prévois encore une objection. On pourra toujours, me dira-t-on, pousser doucement la sonde cannelée, et lorsqu'elle sera parvenue sur la face externe du sac, la facilité qu'on éprouvera à faire glisser son extrémité en tous sens avertira le chirurgien qu'elle a pénétré assez profondément, et l'empêchera de chercher à l'enfoncer jusqu'au point où elle pourrait causer des accidents. — Mais ce serait s'exposer à bien des mécomptes, ce serait se faire une bien fausse idée de l'état des parties que de raisonner ainsi. Presque constamment le sac est adhérent aux couches ambiantes, et ne permet pas à un instrument de glisser à sa surface extérieure. Du moins, c'est là l'opinion généralement admise. « Le sac, dit Lawrence (1), est rugueux et celluleux à sa surface, et il est toujours uni aux parties environnantes. » Scarpa (2) s'exprime ainsi : Si l'on ne pouvait qu'avec beaucoup d'efforts introduire la sonde entre le col du sac herniaire et les bords de l'anneau inguinal, il serait prudent d'y renoncer. » « Le sac n'est point ouvert, dit M. Velpeau (3), tant que le collet de la tumeur n'est pas libre, ne permet pas d'en parcourir la circonférence, soit avec l'ongle, soit avec le bec d'une sonde jusque dans l'anneau. » Bref, tous les auteurs classiques s'accordent sur ce point, et loin de penser qu'on puisse aisément glisser une sonde entre le sac et l'anneau, ils font au contraire, de l'impossibilité de réussir dans cette manœuvre, un signe certain qu'on est encore à l'extérieur du sac.

En vain se flatterait-on d'éviter cet obstacle et de trouver les voies plus faciles en enfonçant la sonde cannelée, non plus sur le corps du sac, mais au niveau du pédicule de la hernie et immédiatement au-dessous de l'anneau ; car l'anneau lui-même adhère souvent avec le collet du sac ; et ce fait nous semble constituer une objection bien puissante contre l'emploi de la méthode sous-cutanée, puisque, en supposant même le concours fortuit des circonstances les plus heureuses, en supposant que la sonde se fût par hasard engagée précisément entre le sac et l'anneau, une semblable adhérence l'arrêterait invinciblement, et formerait un obstacle d'autant plus sérieuse que, dans les mouvements qu'on imprimerait à l'instrument pour le lui faire franchir, sa pointe ne serait que trop exposée à faire des échappées dangereuses pour l'intestin. Or, ces adhérences, sans être excessivement communes, se rencontrent néanmoins assez souvent. C'est une disposition généralement admise, et quoiqu'on la trouve formellement niée dans le livre de MM. Buet et Brierre de Boismont, intitulé : Leçons orales de clinique chirurgicale, par Dupuytren, il est difficile d'admettre que ce soit véritablement là l'opinion du professeur de l'Hôtel-Dieu, qui avait eu occasion de disséquer tant de hernies. Ceux qui ont étudié la question sur les cadavres tiennent en effet un tout autre langage. Dans sa thèse sur les hernies, travail vraiment au-dessus de tout éloge par le nombre et la précision des recherches qu'il contient, M. J. Cloquet (1) s'exprime en ces termes : « Le collet du sac et l'anneau sont si étroitement unis dans beaucoup de cas, qu'on ne peut les séparer qu'avec la plus grande difficulté, et que le péritoine se déchire lors de cette séparation ; j'ai rencontré ces adhérences du sac et de l'anneau aponévrotique dans presque tous les genres de hernies ; cependant elles sont beaucoup plus prononcées et plus communes dans certaines espèces que dans d'autres, ce qui paraît tenir à plusieurs causes indépendantes de l'ancienneté de la maladie. » Il explique, par les variétés de ces adhérences, les collets multiples et les collets obliques, par rapport à l'axe du sac, les difficultés de la réduction, etc. Enfin, s'il était nécessaire de citer des faits, je renverrais aux observations 9, 12, 29, 45, 50, 51, 83, 111 et 124 du même ouvrage, où l'on trouverait les détails les plus précis sur la situation, l'étendue et l'intimité de ces adhérences, que l'auteur a constatées dans toutes les espèces de hernies inguinales externes, inguinales internes et crurales. Dans beau-

(1) Traité des hernies, p. 221.
(2) Traité pratique des hernies, p. 363.
(3) Méd. opérat., t. II, p. 346.

(1) Recherches pathologiques sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales, p. 36.

coup de ces cas, l'union entre le col et l'anneau était si forte, qu'on ne pouvait réussir à la rompre par traction, et, ce qui est surtout important pour la discussion actuelle, cette adhérence avec l'anneau s'est quelquefois rencontrée sur des sacs dont l'orifice était mince et dépourvu de collet fibreux; ce fait est surtout évident dans les observations 9 et 124.

Tout cela peut être vrai, me dira quelqu'un, et cependant l'évènement a donné gain de cause à M. J. Guérin. Malgré tant de motifs d'hésitation, il a osé espérer et son succès a démenti les sinistres prévisions de la théorie. L'expérience a donc parlé, et en attendant qu'on parvienne à faire concorder son langage avec celui de la raison, vous ne trouverez pas mauvais que nous nous en rapportions de préférence à la première. Cette objection, Monsieur, je ne l'attends pas de vous : vous connaissez trop bien la valeur de votre observation pour vous méprendre à ce point sur l'étendue des conséquences qu'il est légitimement permis d'en déduire. Mais comme elle pourrait m'être adressée par quelqu'un de ces partisans aveugles du culte des faits dont la secte fait tant de progrès de nos jours, j'ai dû la poser et y répondre en peu de mots. Les dangers que j'ai signalés dans le débridement sous-cutané de l'entérocèle ne sont plus à craindre lorsqu'il s'agit d'une masse épiploïque, puisque, même en supposant que l'instrument la déchirât par mégarde, il n'en résulterait aucun inconvénient, comme l'ont prouvé les expériences de Caqué, de Reims. On ne peut donc point conclure de votre fait que l'opération est indiquée dans la hernie intestinale, mais seulement qu'elle le serait à la rigueur dans une épiplocèle. Je dis, *à la rigueur;* car il faudrait avant de la déclarer praticable, reconnaître d'abord si l'épiploon est seul dans le sac; et la rareté de l'étranglement dans cette espèce de hernie, aussi bien que la difficulté de la diagnostiquer d'une manière assurée, empêcheront toujours que l'opération sous-cutanée ne soit souvent appliquée dans les cas de ce genre. D'un autre côté, je n'ai pas prétendu que, même dans une entérocèle, le débridement sous la peau fût constamment funeste; car les méthodes les plus dangereuses, les plus intempestivement appliquées réussissent parfois; mais quelques exceptions ne suffisent pas pour détruire un principe. Ainsi, qu'il se produise demain un exemple de succès dû à votre méthode dans une entérocèle, je serai le premier à l'admettre, et il ne me faudra pas pour cela faire violence à mes convictions, mais je serai aussi le premier à répéter ce que je dis aujourd'hui : prenez garde, ne vous laissez pas aveugler par un succès, car la méthode est essentiellement dangereuse, et tôt ou tard l'expérience viendra infirmer les conclusions qu'on voudrait tirer prématurément de ces premiers essais.

Cette lettre est bien longue, Monsieur, et cependant je n'ai traité qu'une seule des questions que soulevait votre intéressant mémoire. C'est que là est la principale objection qu'on puisse faire à la méthode que vous défendez. Otez le danger de léser l'intestin, et je l'adopte avec empressement, avec reconnaissance. Car je l'ai dit et j'aime à vous le répéter encore, mon opposition ne procède point d'une divergence fondamentale dans nos idées : loin de là, mes principes sont parfaitement d'accord avec les vôtres. La possibilité de débrider très-souvent hors du sac, je l'admets comme vous. L'immense bienfait de la méthode sous-cutanée, je le reconnais, et je ne pourrai jamais le proclamer assez haut. Mais si notre but est le même, je ne saurais consentir à y marcher par les mêmes voies que vous, tant que vous ne les aurez pas rendues plus faciles et surtout plus sûres. Nous voulons l'un et l'autre corriger une opération qui est actuellement mortelle dans plus de la moitié des cas. Craignons, par trop de précipitation, d'y substituer un procédé plus meurtrier encore. En résumé, Monsieur, et je crois l'avoir fait assez comprendre, montrez-moi que mes objections sont vaines, que mes scrupules n'ont pas de fondement, et je me réjouirai d'être vaincu, car la réforme dont ma défaite serait le gage, me consolerait et au-delà de l'avoir essuyée. Mais jusque là, vous me permettrez de persister dans mon opinion et d'attendre pour en changer que l'expérience ait prononcé sur ce point.

Agréez, etc.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 36.)

---

32. *Hydrocèle congénitale; guérison radicale par la méthode de l'incision;* par P. J. Cabarez, D. M. à Saint-Malo.

M. Pierre H....., âgé de treize ans, portait au côté droit du scrotum, depuis sa naissance, une tumeur fluctuante, demi-transparente, sans couleur, du volume d'un gros œuf, que la position horizontale et la compression faisaient, le plus ordinairement, aisément disparaître.

Appelé auprès du malade, le 15 juin 1840, je reconnus facilement la maladie, qui me parut aussi être accompagnée d'une entéroépiplocèle. La réduction complète de la hernie ne pouvant avoir lieu pour le moment, malgré des tentatives réitérées de taxis, et craignant par dessus tout de blesser l'intestin ou l'épiploon par la pointe du trocart si j'avais recours à la ponction suivie de la méthode des injections, je donnai la préférence à l'incision.

Le jeune malade, en conséquence, placé convenablement, je fis un pli à la peau du scrotum; j'en confiai une extrémité à un officier de santé qui donnait ses soins à M. P. H..., je saisis l'autre extrémité, j'incisai ce pli, ainsi que les autres tuniques, puis la vaginale. Aussitôt que celle-ci fut divisée, dix à douze onces de sérosité s'écoulèrent. Il fut facile de s'assurer alors, d'une manière certaine, qu'une potion d'intestin et d'épiploon faisait partie de la tumeur, dont la réduction put être obtenue entièrement.

La plaie fut remplie de charpie douce et molle; les pansements consécutifs eurent pour objet de maintenir ouverte la cavité de la tunique vaginale, jusqu'à ce que des bourgeons vasculaires et cellulaux, s'élevant de tous les points de sa surface, l'eussent complétement remplie, en produisant

l'adhérence de son feuillet cutané à la surface testiculaire.

Les douleurs, assez vives pendant l'opération, se calmèrent peu à peu ; un gonflement léger survint le lendemain au scrotum et dans le trajet de la plaie, augmenta le troisième jour, diminua ensuite et disparut au sixième.

Le huitième jour, la plaie fut pansée à plat avec un plumasseau de charpie enduit de cérat. Le 30 juin, elle était parfaitement cicatrisée. Le malade quitta le lit ; on l'engagea à tousser pour voir si, comme à l'ordinaire, l'hydrocèle reparaîtrait. Une petite tumeur se forma à l'anneau, mais sans fluctuation et ne dépassant pas le pubis. Il n'existait plus dès lors qu'une hernie inguinale.

M. P. H.... s'est soumis à l'application d'un bandage, n'a revu aucune trace de la tumeur du scrotum, la tunique vaginale ayant été sans doute oblitérée par l'inflammation résultant de l'incision ; et d'une double affection il n'a conservé que la moins incommode, qui finira par se guérir elle-même radicalement à l'aide du brayer.

Viguerie, habile chirurgien de Toulouse, auquel on doit la connaissance de cette maladie, puisque personne avant lui n'en avait parlé, prescrivait un traitement qui consistait à faire remonter la sérosité dans le ventre au moyen d'une pression méthodique, et à l'y retenir avec un bandage dont la pélote porte exactement sur l'anneau. Il arrive alors que l'ouverture qui avait donné naissance à l'hydrocèle congénitale s'oblitère comme elle l'aurait fait sans la présence du liquide. C'est ainsi que Viguerie rapporte s'être comporté dans plusieurs cas qu'il a consignés dans un mémoire adressé à l'Académie royale de chirurgie.

Sabatier, Boyer, Richerand, etc., préconisent cette méthode thérapeutique ; mais, quoique suivi de quelques succès, le procédé de Viguerie s'est montré le plus ordinairement infidèle. Dailleurs, ainsi que l'observe Pott, la réduction dans l'abdomen du fluide que la tumeur renferme n'est pas toujours praticable, parce que l'oblitération de l'ouverture de communication peut avoir lieu après sa formation.

Desault, dans les cas de ce genre, après s'être assuré de la présence du testicule dans le scrotum et de l'absence de toute hernie, mettait en usage la compression du sommet de l'hydrocèle, au niveau du pubis ; alors il évacuait la sérosité épanchée, et pratiquait les injections à la manière accoutumée. Après l'opération, un brayer remplaçait la compression exercée par l'aide, et la guérison s'opérait ensuite comme chez les adultes.

Les injections sont repoussées par la majorité des praticiens modernes, dans la crainte que l'introduction du liquide irritant dans la cavité abdominale n'y déterminent une péritonite dangereuse ; en conséquence, M. le professeur Bégin donne la préférence à l'incision, et « même dans tous les cas d'hydrocèle congéniale, elle me semble, dit-il (1), supérieure à l'injection. Il est plus facile de modérer, de limiter la phlogose qu'elle détermine que celle produite par l'injection, et elle n'expose pas, comme cette dernière, à la pénétration du liquide dans le péritoine, malgré la compression exercée par l'aide. »

La justesse de ce précepte très-rationnel se trouve pleinement confirmée par le succès obtenu dans le cas qui s'est présenté à mon observation, et, sans aucun doute, beaucoup de praticiens partageront l'avis du célèbre chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

(*Journ. des Conn. médico-chir.*, août.)

(1) Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire, 2e édition, tom. I, page 526.

---

33. *Myopie et disposition à la fatigue des yeux ;* par M. Bonnet, de Lyon.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire sur la myopie et sur la dispositon à la fatigue des yeux. Ce mémoire se compose de deux parties, l'une physiologique, l'autre pathologique.

Dans la partie physiologique, je discute la question tant controversée de l'accommodation de l'œil à la vision des objets placés à des distances diverses, et je m'applique surtout à démontrer que l'accommodation à courte distance est le résultat des changements de forme que l'œil éprouve sous l'influence de la compression exercée sur lui par les muscles qui l'entourent. J'apporte à l'appui de cette opinion depuis longtemps émise une suite d'expériences qui démontrent que, sur le cadavre, il est impossible de tirer vers leur insertion orbitaire l'un des muscles droits ou l'un des muscles obliques ; à plus forte raison, tous ces muscles réunis, sans que l'œil ne soit comprimé, et que, sous l'influence de cette compression, il ne s'allonge d'avant en arrière et que sa cornée ne devienne plus convexe. Sous le rapport des changements qu'ils impriment à la forme de l'œil, tous les muscles de cet organe ont une action identique ; l'élasticité des parois et des humeurs oculaires est leur seul antagoniste.

La deuxième partie de mon travail est consacrée à l'étude de la myopie et de cette disposition fâcheuse que présente un assez grand nombre de personnes qui, sans avoir aucune altération appréciable des yeux, ne peuvent lire pendant plus de quelques instants sans que leur vue ne se trouble et que leurs yeux ne soient fatigués.

Je cherche à démontrer que la myopie, surtout quand elle est acquise, est le résultat d'une compression permanente exercée sur l'œil par tous les muscles droits et obliques contractés. Ce qui la constitue, c'est l'accommodation permanente à la vision des objets rapprochés ; cette accommodation dans l'état normal est due à l'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'œil avec augmentation de convexité de la cornée. Je démontre que dans la myopie elle est due aux mêmes dispositions, avec cette différence que les contractions musculaires qui maintiennent l'œil allongé agissent d'une manière continue dans l'ordre pathologique, intermittente et suivant le besoin de la vision distincte, dans l'ordre physiologique.

La fatigue des yeux ne se manifeste que lorsqu'on s'applique à regarder les objets petits et rapprochés, c'est-à-dire lorsque les muscles, pour accom-

moder l'œil à la vision de ces objets, exercent sur lui une compression. Elle me paraît le résultat de cette compression portée au point de devenir douloureuse.

Partant de ces théories, j'établis que pour guérir la myopie et la disposition à la fatigue des yeux, il faut diminuer la compression exercée par les muscles, et pour arriver à ce but, recourir à la section d'un ou de plusieurs d'entre eux. Quel que soit celui que l'on coupe, la compression éprouvée par le globe oculaire diminue, car si le muscle qu'on divise est rétracté, on enlève une cause efficace de compression ; s'il n'est pas rétracté, on détruit toujours un soutien des parois latérales de l'œil.

A toutes les sections qu'on peut employer je préfère celle du muscle petit oblique à son insertion à l'orbite, comme celle qui peut être exécutée avec le plus de facilité, de promptitude, et le moins d'accidents.

Voici le résumé succinct des résultats qu'elle m'a donnés sur dix malades à qui je l'ai pratiquée dans le but de guérir la myopie ou la disposition à la fatigue des yeux.

Aux uns, j'ai fait la section simultanée des deux muscles petits obliques ; aux autres, la section d'un seul de ces muscles.

Ceux que j'ai opérés des deux côtés, sont :

M. Deyriatz, âgé de quarante deux ans, opéré le 2 mars 1841.

M. Rieux, âgé de vingt-deux ans, opéré le 22 mars 1841.

M. André Serve, âgé de quarante-un ans, opéré le 22 mai.

M. Paradis, âgé de vingt-deux ans, opéré le 21 juin.

Louise Richerand, âgée de treize ans, opérée le 10 juillet.

M. Antoine Accary, âgé de trente-cinq ans, opéré le 15 juillet.

Léon Dulac, âgé de seize ans, opéré le 29 juillet.

Jenny Borel, dix-huit ans, opérée le 29 juillet.

Les malades à qui j'ai coupé le muscle petit oblique d'un seul côté, sont :

Benoît Thévenin, âgé de dix-huit ans, opéré le 25 février.

Jean-Pierre Orsat, âgé de cinquante-un ans, opéré le 23 avril.

Tous ces malades, à l'exception d'un seul, ont été opérés à l'Hôtel-Dieu, en présence d'un grand nombre de médecins et d'elèves. Aucun d'eux n'a éprouvé le moindre accident. Après que l'on a coupé le muscle petit oblique à son insertion orbitaire avec un ténotôme qui ne fait qu'une simple piqûre à la peau, les paupières se gonflent par suite de l'infiltration sanguine qui se fait dans leur tissu cellulaire. Ce gonflement se dissipe deux ou trois jours après l'opération et une teinte bleuâtre des paupières est la seule trace que laisse alors, pendant deux ou trois semaines, la section du petit oblique. L'œil conserve sa direction normale et se meut dans tous les sens avec facilité ; dès le troisième ou le quatrième jour, les malades peuvent lire sans fatigue pendant plusieurs heures ; il n'y a que l'opération de la saignée, qui, sous le rapport de l'innocuité, puisse être comparée à la section du muscle petit oblique.

Des deux malades auxquels j'ai pratiqué l'opération d'un seul côté, l'un, Jean-Pierre Orsat, n'en a retiré aucune amélioration ; l'autre, Benoît Thévenin, qu'une amélioration d'assez peu d'importance. Il n'en a pas été de même des huit malades auxquels j'ai pratiqué l'opération des deux côtés.

Je vais résumer leurs observations :

1° Sous le rapport de la plus grande distance à laquelle ils puissent lire ;

2° Sous le rapport de la plus grande distance à laquelle ils peuvent reconnaître les personnes ;

3° Sous le rapport des lunettes qui leur sont nécessaires ;

4° Sous le rapport de leur disposition à la fatigue des yeux.

Dans les tableaux que je vais présenter, je mettrai en regard l'état des malades avant l'opération et leur état du 10 au 15 août, époque à laquelle je les ai tous revus ou interrogés. En ne tenant compte ainsi que des premières et des dernières observations que j'ai faites et entre lesquelles il y a des intervalles dont quelques-uns sont de plusieurs mois, mes résumés feront juger, autant qu'on le peut aujourd'hui, les résultats définitifs de la section du muscle petit oblique. Je puis dire, au reste, que l'état dans lequel j'ai trouvé les malades plusieurs semaines ou plusieurs mois après cette section, a toujours été identique à celui où je les ai observés le second ou le troisième jour. En général, dès le lendemain et même au moment de l'opération, lorsque le gonflement de la paupière inférieure par l'infiltration sanguine ne masque pas les yeux, on peut juger de tout l'allongement que la vue doit acquérir. L'effet est instantané, et une fois produit, il ne se perfectionne et ne se détériore pas.

La portée extrême de la vue, sous le rapprt de la lecture, s'est agrandie,

Chez M. Rieux, de 16 à 33 centimètres.
Chez M. Serve, de 15 à 39 centimètres.
Chez M. Paradis, de 38 à 61 centimètres.
Chez Louise Richerand, de 28 à 60 centimètres.
Chez M. Accary, de 13 à 25 centimètres.
Chez M. Dulac, de 17 à 31 centimètres.
Chez M. Deyriatz, elle est restée à 17.
Eugénie Borel n'était pas myope.

Ce qui démontre que chez tous les malades, à l'exception d'un seul, la portée extrême de la vue pour la lecture a été à peu près doublée.

La plus grande distance à laquelle les opérés peuvent reconnaître les personnes s'est étendue :

Chez M. Rieux, de 4 pas à 30 pas.
Chez Michel Serve, de 5 à 35 pas.
Chez M. Paradis, de 25 à 60.
Chez Louise Richerand, de 15 à 65 pas.
Chez M. Accary, de 4 à 25 pas.
Chez M. Dulac, de 6 à 50 pas.
Chez M. Deyriatz, de 2 à 4 ou 5 pas.

Les distances que je viens d'indiquer n'ont pas une grande précision, soit parce que je m'en suis rapporté au témoignage des malades, toujours moins précis que la mensuration directe ; soit parce que la distance à laquelle on reconnaît une personne que l'on voit tous les jours est moindre que

la distance à laquelle on reconnaît ceux qu'on voit rarement, ce qui m'obligerait, pour être très-précis, à des distinctions que je n'ai pu faire dans ce résumé. Mais quelles que soient les causes d'erreurs qui peuvent résulter de cette estimation un peu arbitraire, il n'en reste pas moins démontré que l'augmentation, dans la portée de la vue pour reconnaître les personnes, est beaucoup plus marquée que pour la lecture; car, tandis que la vue s'est allongée simplement du double sous ce dernier rapport, elle est devenue, en général, trois, quatre et même cinq fois plus longue sous le rapport de la distance à laquelle les personnes peuvent être reconnues.

J'ajouterai que l'allongement de la vue est d'autant plus marqué que les malades regardent des objets plus éloignés : c'est surtout dans la facilité qu'ils ont acquise de distinguer les nuages, les arbres, les maisons et, en général, les masses placées à de grandes distances, qu'ils trouvent l'amélioration la plus sensible.

Je n'ai pu faire que peu d'observations sur les changements que les myopes opérés ont obtenus sous le rapport des lunettes qui leur sont nécessaires, car plusieurs d'entre eux n'en portaient pas avant l'opération; ceux qui en faisaient usage, et qui étaient seulement au nombre de trois, les ont quittées ou se servent de n^os plus faibles. Dans le premier cas, se trouvent MM. Rieux et Dulac, qui portaient, le premier des verres n° 10, le second des verres n° 9; dans le second cas, M. Deyriatz qui, bien qu'il ait obtenu moins d'amélioration qu'aucun autre, a échangé les verres n° 5 et 1/2 contre des verres n° 9.

C'est sous le rapport de la disposition à la fatigue des yeux que les changements ont été les plus marqués et les plus importants.

M. Paradis, qui ne pouvait lire plus d'un quart d'heure sans que sa vue ne se troublât, a lu quatre jours après son opération, et lit aujourd'hui pendant deux heures et demie au moins, sans se fatiguer; il était obligé d'interrompre ses études au séminaire; il les poursuit actuellement sans obstacle.

M. Accary ne pouvait lire plus d'une demi-heure; il lit sans fatigue pendant plus de trois heures.

Louise Richerand, qui ne pouvait lire plus de deux pages de suite, en a lu quarante le quatrième jour après son opération, et tandis que la rapidité avec laquelle sa vue se fatiguait ne lui permettait plus de continuer sa profession d'ouvrière en soie, elle peut aujourd'hui se livrer sans fatigue et pendant toute la journée aux travaux de sa profession. Cette malade a été vue, entr'autres personnes, par M. Phillips.

M. Dulac qui, après avoir vainement essayé tous les moyens ordinaires, avait été obligé de suspendre ses études du collége, peut lire et écrire pendant plusieurs heures, la nuit comme le jour, sans être fatigué.

M. Deyriatz ne pouvait pas lire, avant d'être opéré, deux ou trois lignes seulement sans que sa vue ne fût complétement troublée; il ne pouvait plus écrire, et, après avoir vainement essayé des moyens internes et un repos de plusieurs mois, il se disposait à quitter le commerce. Depuis que je lui ai pratiqué son opération, il peut lire pendant une demi-heure, écrire pendant plus de deux heures sans se fatiguer, et il peut se livrer à ses affaires commerciales, en ayant soin seulement de ne pas faires des lectures prolongées.

Enfin Eugénie Borel, dont je n'ai pas fait mention jusqu'ici, parce que sa vue avait la portée ordinaire, ne voyait que des brouillards lorsqu'elle avait tricotté ou fait de la couture pendant plus de dix minutes; à partir du quatrième jour après son opération, et pendant une semaine qu'elle est réstée à l'hôpital, elle a pu se livrer pendant toute la journée à des travaux d'aiguille sans que sa vue se fatiguât un seul instant.

Il est à remarquer que les malades que je viens de citer étaient les seuls entre mes opérés qui eussent de la disposition à la fatigue des yeux. L'opération leur a donc constamment réussi, et, à part M. Deyriatz, chez qui l'amélioration a été incomplète, tous ont éprouvé une guérison qui ne laisse rien àdé sirer.

Je ne saurais trop insister pour que les commissaires qui seront chargés d'examiner mon mémoire veuillent bien répéter la section du muscle oblique. Les cas d'application pourraient être difficiles à trouver, si l'on cherchait des myopies simples que des lunettes peuvent pallier. Mais comme ma méthode s'applique surtout et avec avantage à cette disposition de la vue qui ne permet de suivre aucun travail de cabinet, qui oblige les personnes qui en sont affectées à abandonner toutes les professions qui exigent des lectures assidues, il ne sera pas difficile de trouver des malades disposés à se soumettre à des tentatives que justifient déjà les opérations nombreuses dont je fais connaître les résultats.

C'est par ses avantages dans les myopies avec disposition à la fatigue des yeux et au trouble de la vue que la section du muscle petit oblique s'introduira dans la pratique. Quand on aura bien constaté, dans ces cas compliqués, les guérisons remarquables qui en sont la conséquence, sous le rapport de l'allongement de la vue aussi bien que sous le rapport de l'aptitude qu'acquièrent les yeux de prolonger leurs fonctions, les personnes affectées de myopie simple n'hésiteront pas à s'y soumettre, et les cas où l'on pourra vérifier la justesse de mes assertions se trouveront sans aucune difficulté.

Veuillez agréer, etc.

Lyon, le 19 août 1841.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 104.)

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

34. Société phrénologique de Paris.

Séance annuelle du 9 septembre 1841.

Présidence de M. le docteur Fossati.

A deux heures, les vastes salles de l'Athénée royal étaient insuffisantes pour recevoir un public nombreux et choisi. Dans les rangs pressés des auditeurs, on remarquait plusieurs membres de l'Institut, de l'Académie de médecine, grand nombre d'écrivains et d'artistes, et enfin les premières stalles étaient occupées par une foule de dames élégamment parées.

Un double intérêt appelait l'attention : d'abord celui qu'inspirent aux savants désintéressés et impartiaux les efforts de toute société qui a pour but un progrès et le triomphe d'une vérité ; et en second lieu, la publicité donnée aux intéressants travaux phrénologiques accomplis pendant le cours du voyage des corvettes *l'Astrolabe* et *la Zélée*. On voulait connaître si ce premier essai officiel était couronné de succès. Déjà la Galerie d'histoire naturelle avait fait connaître le grand nombre de pièces anatomiques et de bustes recueillis ; ces différents objets allaient recevoir, par l'analyse succincte qui en était promise, la sanction qu'elles méritent.

M. le docteur Fossati, président, a ouvert la séance. Son discours, remarquable par son originalité et la haute portée qui l'inspire, avait pour titre : « De l'avenir des peuples selon la phrénologie. « — Après s'être attaché à démontrer que dans les différentes phases du monde qui signalent la durée du temps par des sections ou époques bien caractérisées, certaines facultés paraissent, par leur prédominance, diriger et maîtriser les autres, toutes groupées sous leur dépendance, et constituent ainsi un caractère distinct. Il a suivi, laissant la période indienne, celle de Sésostris et l'époque grecque, la grande période romaine qui, à elle seule, suffirait pour lui servir de type; ramené d'ailleurs à son étude par son penchant patriotique bien naturel, lui qui, sur notre terre hospitalière, a conservé intact ce sentiment de la patrie pour laquelle il a combattu. Les facultés d'indépendance ont prévalu longtemps chez le grand peuple, et personnifiée dans ce mot magique *République romaine*, l'orgueil national a traité en esclave tous les peuples conquis. La religion romaine est bientôt devenue un instrument au service des consuls, des empereurs; et de cet état de domesticité apparente, elle est tombée en discrédit. Les premiers chrétiens vinrent alors s'établir dans le pays latin : ils apportaient des idées sévères, graves, en opposition directe avec les pouvoirs établis. La persécution ne fit qu'affermir les disciples du Christ sur la terre de Romulus. Ainsi commença cette période catholique dans laquelle le sentiment de vénération, son moteur unique, devait subir bientôt le sort de la précédente.

Les anciens pouvoirs renversés, ce sentiment fut corrompu par l'exploitation, et d'une source qui consacrait l'égalité spirituelle naquit une série de pratiques ridicules auxquelles on attacha toute l'importance que perdirent les véritables principes. L'autorité du pape, basée de prime abord sur le droit électif, et, à son début, utile et féconde en préceptes et en sage direction, s'anéantit sous la pourpre et par l'orgueil de ses représentants. L'état actuel du pape est comparé sagement par l'orateur à la décadence de l'empire sous l'empereur Dioclétien. Depuis un siècle, l'insuffisance de la doctrine par rapport au progrès de l'intelligence et de sa production, annonce, par le discrédit qui l'accueille, un besoin de réforme. Pourquoi, s'écrie-t-il, des peuples s'entr'égorgent-ils? Pourquoi ces rois décapités ou assassinés? pourquoi ces longues querelles intestines? sinon que tout annonce le besoin de laisser prédominer une influence nouvelle. Mais quelle sera cette faculté? L'égalité devant Dieu a été enseignée par le Christ, l'égalité devant la loi est proclamée par l'élan sublime du peuple irrité. Le sentiment de justice doit recevoir sa pleine et entière satisfaction. Tous, d'ailleurs, ne semblent-ils pas réclamer justice? Est-il juste que le riche fainéant et inutile soit gorgé d'or, tandis que l'homme intelligent et travailleur manque de pain? Est-il juste qu'un homme né dans une caste particulière asservisse tel autre qui n'a dû le jour qu'à des conditions moins heureuses? Toutes ces réformes demandées par Owen, Fourrier, Saint-Simon, n'attestent autre chose dans le monde qu'un besoin de se reconstituer, sans pour cela être la formule définitive de cette réorganisation. C'est donc à la justice, à ce noble sentiment qui est la base de l'harmonie morale, que doit être confié l'avenir et le présent des peuples.

Ce discours a été écouté avec une religieuse attention, et plusieurs fois interrompu par des applaudissements, car il joignait à la nouveauté des vues toutes les considérations physiologiques qui lui servaient de base.

Le programme appelait ensuite le compte-rendu des travaux pendant l'année 1840 à 1841, par Ch. Place, secrétaire-général.

A propos de deux bustes de suppliciés, Moustier et François, l'un parricide, le second assassin furieux, l'orateur s'est efforcé d'appeler l'attention du public sur cette erreur grave commise tous les jours, et qui fait croire qu'il y a chez l'homme de fatales impulsions, des instincts *mauvais*, des *bosses* enfin, répondant aux crimes qualifiés par nos lois. Il a démontré rapidement que toutes les facultés nous sont données pour un but d'utilité, que l'harmonie de leurs fonctions peut être pervertie comme souvent l'est celle de nos fonctions vitales ; que le fatalisme n'existe pas, puisque l'éducation peut modifier la créature, et que le libre arbitre, qui n'est pas absolu, mais bien relatif, est susceptible de perfectibilité suivant que les organes qui sont la condition de sa manifestation reçoivent une direction régulière et bien organisée. Le buste d'Eliçabide, l'assassin du jeune enfant de La Villette, a été

présenté au public. Cette observation a dû exciter l'intérêt par la connaissance d'une multitude de faits qui ont échappé aux débats de la cour d'assises de Bordeaux, et qui tendraient à établir l'état de monomanie sous l'influence de laquelle aurait été placé ce meurtrier; cet état se confirmerait encore, selon la connaissance physiologique, par l'aliénation mentale natalement léguée par la grand'mère d'Eliçabide.

Cette observation avait donné lieu à un travail débattu dans le sein de la Société, et qui avait pour titre *Du Sentiment de vengeance*. Dans ce travail, dû à M. Cellier, la Société a voulu établir que ce sentiment n'est point une faculté primitive, mais que sa manifestation, qui est produite par de fausses combinaisons, disparaîtra du cœur des hommes et du code des nations.

M. Place a ensuite présenté à l'assemblée la tête de Darmès, condamné politique. Ecartant tout ce qui a trait à la question d'actualité, encore toute palpitante, et sans vouloir définir ni juger les actions de ce personnage, le secrétaire-général a dû envisager l'empreinte de Darmès au point de vue philosophique.

Cette tête prouve encore que les actes de destruction ne portent pas en eux le caractère criminel, qui est une convention, mais qu'ils s'associent à tout ordre d'idée. Chez Darmès, la vénération a exagéré l'influence d'opinion arrêtée, et la destruction est devenue un instrument. La vénération n'est donc pas, comme on l'a cru, l'organe de la théosophie, mais un certain penchant à respecter les hommes, les choses et les idées.

Les diverses facultés, ainsi groupées, constituent par leur exagération le type du fanatisme aussi bien en politique qu'en religion.

Une autre tête a été soumise à l'examen du public; c'est l'empreinte du jeune Henri Mondeux, calculateur naturel. On pouvait apprécier le développement de l'organe du calcul et de tous ceux qui concourent à former l'esprit mathématique. Cette tête, sous ce point de vue, conforme à celle de Vito Mangiamèle, pâtre sicilien, offre d'ailleurs des différences sensibles. On dirait que le jeune Henri, aux prises avec la numération, la soumet en la définissant. Vito semblait rêver avec elle. C'était, si l'on peut s'exprimer ainsi, le poète de l'arithmétique.

Tandis que M. Bouillaud, par de rigoureuses et savantes recherches, confirmait la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, le professeur Otto, de Copenhague, répétait d'une manière aussi précise les mêmes expériences, et obtenait les mêmes résultats. M. le docteur Otto, membre honoraire de la Société, et l'un des plus savants propagateurs de la phrénologie, est venu, cette année, visiter la Société, et, pendant son séjour à Paris, a lu plusieurs observations qui ont excité au plus haut point l'attention de ses collègues; deux sur la perte de la mémoire des mots par suite de congestion cérébrale; une de perte de connaissance avec puissance seule de la faculté des membres, survenue par suite d'une chute sur la tête; une autre enfin d'activité prédominante de l'organe de la couleur.

M. le secrétaire général rappelle à la Société différentes dissertations philosophiques soulevées par M. Fossati et entre autres celle sur l'aristocratie. Il reconnaît son influence par suite du choix qu'elle faisait de ses divers membres les mieux organisés et auxquels elle donnait avec ses préjugés et ses priviléges l'instruction nécessaire pour les soutenir et les faire prévaloir. De là nécessité dans un gouvernement qui a pour base la démocratie, de choisir les enfants du peuple les mieux organisés, pour les préparer de bonne heure aux importantes fonctions de citoyen et d'homme d'état.

M. le docteur Blanchet (de Cherbourg), a fait hommage à la Société d'un mémoire qui tend à prouver : 1° que l'homme porte, dès sa naissance, le signe de ce qu'il sera à vingt-cinq ans sous le rapport de la taille, du penchant, etc.; 2° que ses actions dépendent de son organisation native. M. le docteur Blanchet a dirigé son observation sur cent sujets du sexe masculin, pris par lui au moment de leur naissance et suivis par lui dans toutes les périodes de leur existence, dans leurs développements physiques et moraux pendant 25 années. La Société, en acceptant les conclusions et en remerciant cet auteur de son zèle et de son dévouement scientifiques, a exprimé le vœu que ses recherches soient continuées dans la même direction sur un plus grand nombre de sujets et dans les deux sexes. Ce travail, riche en statistique et en observations pratiques, a été imprimé et distribué.

M. le docteur Belhomme, vice-président, fait connaître un livre important, publié récemment et ayant pour titre : *les Forçats au bagne de Toulon*, par M. le docteur Lavergne. En doute d'abord sur quelques points de la phrénologie, M. Lavergne entasse et accumule une longue série de faits confirmatifs, et en définitive conclut en sa faveur. Trop préoccupé d'abord de la localisation crâniosopique et de l'unique importance des bosses, il se demande si, dans tout l'ensemble physiologique, il n'y a pas d'autre cause de la manifestation et de la modification.

Depuis longtemps les phrénologistes admettent la cause de quantité ou volume, et celle de qualité ou de surexcitation. M. Belhomme a d'ailleurs suivi l'auteur pas à pas dans son important ouvrage. C'est un recueil précieux d'arguments en faveur de cette sage réforme pénitentiaire au point de vue philosophique, hygiénique et médical réclamé depuis longtemps par les hommes de tous les partis et de toutes les nuances.

Le secrétaire général rappelle aussi que pendant le dernier trimestre de 1840 et le second de 1841, deux cours de phrénologie ont été professés par lui au nom de la Société. Ces deux cours, qui ont occupé quarante-trois leçons, ont été continuellement suivis par un public nombreux et assidu. La Société a pour but, en instituant cet enseignement permanent, de faciliter à la jeunesse des écoles l'étude d'une science qui ne fait pas encore partie du programme officiel de leur année scolaire, mais qui n'en est pas moins pour eux d'une grande importance, soit que, comme médecins, ils doivent en faire les applications, soit que, comme magistrats

ou avocats, ils aient à lui demander d'importantes lumières.

Concurremment à ces cours, M. le docteur Belhomme a ouvert ses conférences sur le système nerveux en général et sur l'aliénation mentale en particulier.

De nos jours, il y a deux écoles bien distinctes, les vitalistes et les anatomistes ou plutôt physiologistes. M. Belhomme en est un des représentants et peut être il en doit être considéré comme un des chefs. L'école des anatomistes voit des altérations physiques dans le cerveau des fous pour expliquer la folie.

Dans l'exposé de sa doctrine, M. Belhomme envisage cette maladie dans la plus simple perversion de l'intelligence et la rapporte, dans cet état de simplicité, au type névropathique, c'est-à-dire qu'il la rencontre dans les affections nerveuses générales, surtout dans l'hystérie. Il rapporte même la monomanie à la névropathie. C'est alors que la phrénologie lui sert d'auxiliaire pour expliquer le délire partiel des aliénés par la suractivité morbide de l'un ou de plusieurs organes du cerveau.

Au type congestif inflammatoire, il rapporte la folie proprement dite avec surexcitation générale du cerveau et de ses membranes.

Au type atonique se rattache la démence ou affaissement intellectuel à divers degrés.

Enfin il fait jouer un rôle important à l'atrophie cérébrale, qui n'est autre chose que l'idiotisme du fameux Pinel.

L'atrophie cérébrale est congéniale; à celle-ci se rapporte l'idiotie ou idiotisme de naissance.

M. Belhomme s'est livré à l'étude des causes organiques qu'il ne sépare jamais des effets. Il en tire cette importante conclusion, que les moyens de traitement, quand ils sont applicables, sont plus sûrs lorsqu'on peut se rendre compte des localisations organiques. Ces conférences, qui offraient un attrait puissant et une richesse de faits nouveaux habilement démontrés, ont été reçues avec grande faveur par le public.

« Il y a un an, ajoute le sécrétaire-général, à pareille époque, dans cette même solennité, nos regards s'élançaient au-dessus des mers, et cherchaient dans quelques contrées désertes ces deux navires, espèces de fées puissantes en lutte avec les éléments qu'elles ont soumis, les deux corvettes l'*Astrolape* et *la Zélée;* elles ont enfin touché le rivage de France, et la France reconnaissante les a chargées de palmes et de lauriers, nobles pavois, glorieuses récompenses qui attestent le courage et la vertu.

« Notre Société attendait avec impatience son dévoué missionnaire, M. Dumoutier. Il est enfin venu; l'émotion, mais la joie au cœur, la Société a recueilli chacune de ses paroles, chacun de ses récits. A peine remis de tant de fatigues, il a eu hâte d'exposer ses travaux si variés, si complets. Tout à l'heure, Messieurs, un résumé vous en sera donné par lui. Mais ce qu'il ne vous dira pas, c'est le courage à toute épreuve, dont sa poitrine porte un éclatant témoignage. D'autres rapportent du combat un drapeau qu'ils ont intrépidement conquis. Il est allé fixer le nôtre là où nul être humain n'était parvenu, et les trois couleurs flottent sur ce point du globe où l'aimant reste sans puissance!

« La Société, au retour de cette expédition, a été honorée de la présence du digne amiral Dumont d'Urville, son commandant, protecteur éclairé donné à la phrénologie par le génie du progrès. Honneur soit donc, et reconnaissance à M. Dumont d'Urville! »

M. Place a payé un juste tribut de regret aux hommes dont la Société déplore la perte; au docteur Roberton, vice-président, et à l'un de ses secrétaires, le docteur Guichard. Il a rappelé la grande cérémonie qui a eu lieu recemment au Val-de-Grâce; son président est venu joindre l'hommage de la Société aux honneurs académiques rendus à la mémoire de Broussais, dont la statue, belle et radieuse, inspire actuellement au lieu même où se forma sa gloire, le désir de la perpétuer. Chacun se rappelait que ce grand génie des temps modernes, ce Mirabeau de la médecine, selon l'expression si juste de M. Bouillaud, avait jadis accepté et rempli avec une scrupuleuse exactitude les fonctions de président de la Société, et que, soit qu'il fût à sa tête, soit qu'il se trouvât dans ses rangs, il s'était incessamment occupé de ses progrès et de son illustration. Ce dernier souvenir, offert à une mémoire si chère, a été couvert des applaudissements de l'assemblée.

Après ce compte-rendu, M. Dumoutier a eu la parole et occupé l'attention de l'assemblée par une série de faits démontrés sur une très-grande quantité de bustes; faits nouveaux et variés, d'une haute importance pour l'étude historique des races, et qui ont nécessairement piqué la curiosité. Sous le titre d'épisode, il a rapporté l'histoire d'un jeune chef sauvage, Maffi, qui, avide de savoir et d'améliorer la tribu qu'il commande, s'était attaché à l'expédition, et était devenu l'ami de tout l'équipage. La mort a malheureusement surpris ce chef dévoué, et l'homme civilisé a versé des larmes sur la tombe du sauvage philanthrope.

M. Marchal, de Calvi, a terminé la séance par un discours écrit d'une façon brillante, et lu avec cette éloquence qui vient du cœur, et ajoute aux dons de l'esprit une puissante persuasion. M. Marchal a traité de la prédominance des sentiments affectifs chez la femme. Après avoir démontré le rôle immuable donné par la nature à cette moitié du genre humain, il a ennobli sa destinée par la haute mission qui lui est confiée. La femme, a-t-il dit, n'est point forte et puissante comme l'homme à porter des fardeaux ou manier une arme, mais elle aime; elle n'est pas libre, mais elle aime!... Et cet amour, dont elle est pénétrée, est la perpétuation du monde, qui est son fait et sa substance. Quant à l'intelligence de la femme, qui doit être égale à celle de l'homme, elle lui paraît avoir un but défini, et, comme celle de l'homme, est en rapport avec ses instincts. A l'homme, la perpétuelle et lourde tâche de régir la société, de défendre la famille et la nationalité de l'oppression; à la femme, de veiller à la sainte éducation de l'enfant et au bonheur commun, pour lesquels elle déploiera, et les ressorts de son esprit, et ceux plus actifs encore de son cœur généreux.

L'assentiment de l'assemblée a été acquis à ce

discours; de douces larmes ont été versées au tableau si vrai qu'il a fait de l'amour maternel. Plus d'un cœur de mère a répondu à ses vives interpellations; plus d'un baiser maternel a dû se porter sur les fronts candides de jeunes et beaux enfants.

Après ce discours, la séance a été levée à quatre heures et demie.

La Société entre en vacances pour deux mois, toute disposée à reprendre ses travaux avec un nouveau courage, et bien résolue à poursuivre cette grande œuvre, qui a eu pour fondateur Gall, et pour illustres propagateurs Spurzheim et Broussais.

Ch. Place,
Secrétaire général.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 111.)

VIII. MALADIES SYPHILITIQUES.

35. *Hydrothérapie dans le traitement des maladies vénériennes*; par M. Ricord.

La publication des essais d'hydrothérapie faits par M. Gibert à l'hôpital Saint-Louis nous engage à signaler les expériences entreprises déjà depuis plusieurs mois par M. Ricord, qui, à l'aide de la médication par l'eau, a obtenu des résultats très-remarquables dans le traitement des affections syphilitiques. Pour donner un travail complet à cet égard, sans doute nous croyons devoir attendre que des faits plus nombreux que ceux que nous possédons nous permettent d'établir les règles d'une thérapeutique régulière d'après les essais comparatifs dont nous suivons l'observation; mais déjà nous pouvons indiquer, parmi les premiers résultats de la méthode suivie à l'hôpital des Vénériens, la disparition complète de plusieurs symptômes de syphilis générale, et cela dans un temps infiniment plus court que celui communément nécessaire à l'action thérapeutique des mercuriaux.

Pour faire connaître les détails de la pratique suivie par M. Ricord, nous nous bornerons aujourd'hui à citer un malade encore dans le service, salle 2, n° 22. Chez lui, l'affection datait de cinq mois, et une éruption syphilitique qui avait résisté à divers traitements par les mercuriaux, persistait au jour de son entrée sous la forme squammeuse: au front; elle offrait la disposition du corona Veneris, et des squammes cornées et épaisses occupaient la plante des pieds; enfin, quelques raghades s'étaient produites dans l'intervalle des orteils.

Après avoir laissé trois jours de repos au malade, M. Ricord a ordonné la médication suivante :

Prendre un verre d'eau froide toutes les heures; matin et soir un bain frais prolongé pendant cinq heures.

Matin, midi et soir, un lavement froid; demi-portion d'aliments; au sortir du bain du matin, le malade doit courir pendant une heure au pas gymnastique d'abord; puis, vers la fin de son exercice, aussi vite qu'il le peut.

Après cela il se couche, on le roule dans une couverture de laine, et de temps en temps on essuie la sueur qui le couvre.

A peine arrivé au huitième jour de ce traitement, notre malade vit un grand nombre de squammes se détacher du tronc. Vers le dixième jour, de larges plaques d'épiderme tombèrent de la plante des pieds, et au-dessous la peau se présenta souple et lisse; presqu'en même temps les raghades guérirent. Deux jours plus tard l'éruption du front disparut; enfin au quinzième jour il ne restait plus que quelques macules de terminaison que l'on voyait rares et éparses sur les bras, brunâtre et déprimées.

Pour consolider la guérison, M. Ricord veut que le malade soit encore pendant quelques jours soumis à l'hydrothérapie. A part la guérison des accidents syphilitiques, M. Ricord a aussi retiré des avantages de la médication par l'eau dans le traitement de certaines complications particulières; mais ici, bien qu'on puisse encore citer des succès, ils nous ont paru quelquefois moins rapides que ceux que l'on peut obtenir par la thérapeutique ordinaire.

Les essais hydrothérapiques de M. Piorry ont été répétés à l'hôpital des Vénériens, et le ptyalisme mercuriel a été traité d'après sa méthode. Toutefois, nous devons avouer que dans tel cas il a fallu près de huit jours pour atteindre des résultats que les purgatifs, combinés avec les applications locales d'acide chlorhydrique pur, amènent en deux ou trois jours lorsque la maladie est combattue dès son début. Enfin, sans rien préjuger d'une manière absolue, et pour n'être pas accusés de partialité, bien que, tout compris, les applications hydrothérapiques faites par M. Ricord paraissent toutes très-avantageuses, nous nous bornerons aujourd'hui à ces quelques mots, nous réservant, plus tard, de donner l'ensemble des expériences pratiques à cet égard dans le service de clinique de l'hôpital des Vénériens.

(*Ibidem*, n° 110.)

IX. MÉDECINE LÉGALE.

X. MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

XI. GÉNÉRALITÉS.

36. *De la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques ;* par le docteur BLAUD, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

(Suite (1).)

§ IV. *De la maladie* (2).

Ce n'est pas sans un profond sentiment de crainte que nous entreprenons de traiter un pareil sujet. La *maladie!* c'est-à-dire ce je ne sais quoi, cet être invisible (3), insaisissable, mystérieux, qui trouble les fonctions vitales, qui souvent bouleverse tout l'organisme, altère profondément les tissus, précipite, ralentit ou arrête pour toujours les mouvements organiques, et amène ainsi cet état de dissolution qu'on appelle la *mort*.... Quel est l'objet plus digne de notre étude, mais aussi plus hérissé de difficultés? Il faut rechercher sa nature intime, sa cause première, ses divers modes de développement, la source primitive de ses symptômes, de ses terminaisons si variées, des actions médicamenteuses, le mécanisme secret de tous ces phénomènes et de leurs nombreuses modifications;... obscurs problèmes bien faits pour rebuter la plus audacieuse comme la plus forte intelligence!

Aussi avons-nous long-temps hésité à en tenter la solution; et si nous l'entreprenons aujourd'hui, ce n'est pas que nous ayons acquis plus de confiance en nous-même, et conçu plus d'espérance d'atteindre notre but; mais c'est que le sujet de philosophie médicale que nous traitons l'exige. Car comment exposer les lois pathologiques de la puissance vitale sans les faire précéder de recherches sur ce qu'est en lui-même l'*état morbide*, puisqu'elles doivent avoir pour objet cet état, et qu'elles ne sont que l'expression générale de ses modifications diverses?

Il faut donc nécessairement que nous nous engagions dans ce dédale, dont nous craindrions de ne pouvoir sortir, si nous ne nous armions du double flambeau de l'observation et de l'expérience, que nous aurons soin de n'abandonner jamais. Aussi avons-nous l'espérance sinon d'y découvrir la vérité tout entière, du moins de saisir quelques-unes des formes dont elle se revêt.

Abordons donc notre sujet; et d'abord, qu'est-ce que la *maladie?*

Les uns répondent : *C'est un état opposé à la santé;*

D'autres : *C'est l'absence de cette dernière;*

Ceux-ci : *C'est l'altération notable et permanente d'une ou de plusieurs fonctions;*

Ceux-là : *C'est un changement, soit dans la position et la structure des parties, soit dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions;*

D'autres enfin : *C'est un trouble plus ou moins profond des fonctions organiques* (1).

Réponses vagues, indeterminées, incomplètes, superficielles, qui ne sortent point de la nature intime, et, pour ainsi parler, des entrailles du sujet; laissant, par conséquent, la question dans toute son obscurité primitive. Nous espérons que les considérations suivantes y répandront un plus grand jour.

Nous avons démontré dans nos mémoires précédents, par des preuves, ce nous semble, incontestables, puisées dans l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, qu'il existe *une puissance vitale*, que cette puissance vitale est *une*, qu'elle *réside dans l'appareil encéphalique*, soit qu'elle y vienne du dehors, soit qu'elle s'y développe spontanément, soit enfin qu'elle lui soit transmise avec le sang, qui était considéré par l'antiquité comme renfermant le principe de la vie (2), et enfin qu'elle se distribue à tous les organes par les divisions de cet appareil.

Mais pour que cette distribution ait lieu, pour que les *afflux vitaux* puissent s'effectuer, les fonctions organiques s'établir, la vie, en un mot, se

---

(1) Voir l'Encyclographie, 2e série, tome XXIII; Rev. méd., p. 135, tome XXXIII; ibid. p. 133, 3e série; tome VIII ibid., p. 96.

(2) L'idée-mère de ce mémoire appartient à M. le professeur Cayol, qui a répandu une si vive lumière sur les phénomènes pathologiques en général, en les rattachant à la réaction vitale.

(3) Ceci ne peut s'entendre que dans un sens figuré; car, d'après nos principes, qui sont aussi ceux de M. Blaud, la maladie n'est pas un être, mais bien un acte, une action de l'organisme vivant, une action provoquée, c'est-à-dire une réaction.

(1) Voyez les divers dictionnaires de médecine, et les auteurs de pathologie générale.

(2) « .... » « L'âme de la chair (est) dans le sang. » Lévit, chap. 17, v. 11. — Or, qu'est-ce que l'âme de la chair, si ce n'est ce qui l'anime, ce qui lui donne la vie? L'expression nephex signifie proprement l'âme, le principe actif, l'esprit. Moïse l'a employée ici métaphoriquement pour donner à son discours une plus grande énergie.

manifester, il faut que la *puissance vitale* soit appelée, sollicitée, par une *action*. Sans *action d'appel*, cette puissance ne se manifeste point ; et dès-lors point d'afflux, point de fonctions, point de vie. La peau n'exhalerait pas sans l'influence que l'air et la chaleur exercent sur elle ; sans cette même influence de l'air extérieur, point d'appel symphatique sur le système pulmonaire, point de développement de la fonction respiratoire, et par conséquent point de vie dans le nouveau-né; la muqueuse gastrique ne s'animerait pas pour la fonction digestive, si les aliments ne l'excitaient par leur contact ; les capillaires pulmonaires ne seraient point maintenus dans l'état d'excitation nécessaire à l'hématose, si l'air atmosphérique ne les impressionnait point ; enfin tous les organes tomberaient à l'instant dans une inaction mortelle, si le sang cessait de les abreuver, comme on le voit dans les hémorrhagies funestes.

Que se passe-t-il dans tous ces phénomènes ? Évidemment des appels faits à la puissance vitale, soit par les excitants particuliers des divers organes, soit par leur excitant général, le sang, qui entretient dans tous les phénomènes de la vie.

La vie se compose donc d'un état d'excitation générale et continuelle, c'est-à-dire d'un afflux incessant de la puissance vitale dans tous les points de l'organisme, où le sang, par son contact, lui fait appel ; de là la vie générale, la vie non interrompue, et les fonctions qui ne cessent point tant qu'elle existe ; telles sont la circulation, la respiration, l'exhalation cutanée, les sécrétions biliaire et urinaire, les sécrétions muqueuses, les exhalations séreuses, etc., qui s'exercent continuellement, et ne sont soumises qu'à des augmentations ou des diminutions d'activité, selon les influences qu'elles éprouvent

Elle se compose aussi d'afflux non continuels, interrompus, périodiques, qui sont propres à certaines fonctions, telles que la fonction digestive, la génératrice, etc. (1).

En résumé, *appel* fait à la puissance vitale par un excitant, et *afflux* de cette puissance sur l'organe où l'excitation s'exerce. Voilà deux phénomènes corrélatifs, et liés intimement entre eux comme la cause l'est à son effet ; de telle sorte que, lorsque l'un existe, l'autre apparaît à l'instant même.

La *vie* n'est donc, en dernière analyse, qu'une *action* et une *réaction* non interrompues : *action* de la part des excitants naturels des organes, et *réaction* de l'appareil encéphalique, ou *afflux de la puissance vitale* dans tout l'organisme, dont elle détermine l'état de vie et les fonctions.

Mais cette excitation et cette réaction ont nécessairement une certaine mesure, ou des limites dont elles ne doivent pas trop s'éloigner. On sent, en effet, que les mêmes phénomènes fonctionnels ne sauraient être produits par des degrés d'*action* et de *réaction* trop dissemblables ; et si ces degrés existaient normalement, la vie n'aurait plus de type, et les fonctions organiques offriraient des variétés individuelles que nous n'observons pas dans l'état ordinaire de notre organisation ; variétés qui effaceraient les caractères physiques et vitaux de l'homme, et seraient incompatibles avec son existence comme espèce.

Cette mesure d'action et de réaction existe donc nécessairement, et c'est elle qui constitue ce qu'on appelle la santé, qui n'est, en réalité, que *l'état régulier des appels faits à la puissance vitale, et des afflux de cette puissance sur l'ensemble de l'organisation.*

Si donc l'état normal ou la *santé* consiste dans la juste mesure de ces appels ou de ces afflux, ce fait nous met évidemment sur la voie qui peut seule nous conduire à la connaissance de la nature intime de la *maladie*.

L'homme, considéré physiquement, est livré, sur cette terre, à l'action d'une infinité d'agents qui l'environnent, qui le pénètrent de toutes parts, et qui impressionnent son organisation, non-seulement à sa surface, mais encore dans l'intimité de ses tissus. Ainsi, le froid et la chaleur agissent sur son système cutané, dont ils modifient les fonctions absorbante et exhalante ; l'air et les diverses substances qui s'y trouvent mêlées pénètrent dans son intérieur, soit par les absorbants cutanés, soit par les muqueuses pulmonaire et gastro-intestinale.

D'un autre côté, les aliments et les boissons, avec tout ce qu'ils contiennent d'étranger à l'organisation, de nuisible ou d'inassimilable, fournissent, par l'intermédiaire de la digestion, le liquide qui doit nourrir nos organes et réparer leurs pertes.

Tous ces agents divers, mélange confus de mille et mille éléments variant dans leur nature, et par conséquent dans leurs modes et leurs degrés d'*action*, appellent à leur manière la puissance vitale dans les tissus où ils pénètrent, et si la santé, la vie même, se conservent malgré l'influence de tant d'impressions délétères si diverses, ce n'est que par le secours des fonctions éliminatrices, qui portent rapidement au dehors, soit par la peau, soit par les reins, ou la muqueuse gastro-intestinale, soit enfin par l'exhalation pulmonaire, tant d'éléments toxiques dont nous sommes sans cesse comme saturés (1).

Aussi, dès que ces fonctions s'interrompent, la maladie apparaît. Qui ne sait, par exemple, que la suppression de la transpiration cutanée rend triste, cause un malaise général, une inquiétude vague, indéfinissable, une sorte d'hypochondrie ; que la plus grande partie de nos maladies proviennent de cette suppression ; que c'est elle enfin qui, dans les constitutions catarrhales, dans les saisons froides et humides, pendant les épidémies de bronchites et de péripneumonies, est la cause générale de la mort des vieillards, dont la transpiration est déjà natu-

(1) Notre objet n'étant pas de nous occuper de la division naturelle des fonctions, ce qui est du domaine de la physiologie, nous devons nous borner à ces considérations générales sur les actions organiques, et au point de vue sous lequel nous devons les envisager.

(1) Voyez notre Physiologie philosophique, t. III, p. 101.

rellement très-affaiblie? Et d'ailleurs les accidents si souvent funestes produits par la rétrocession des maladies cutanées, qui sont, en général, des expulsions de principes morbifiques, ne démontrent-ils pas l'importance de ces éliminations, et le rôle qu'elles jouent dans la conservation de l'organisme?

Non-seulement le sang, qui est comme le rendez-vous général des éléments qui pénètrent au-dedans de nous, peut être altéré par les principes plus ou moins nuisibles que les absorptions cutanées, pulmonaire et gastro-intestinale y amènent, mais encore il peut éprouver, dans sa composition normale, des modifications morbifiques capables de produire des désordres plus ou moins graves dans nos fonctions.

Ainsi, par exemple, que ce fluide, par un vice de l'hématose, ou par un régime trop tenu, trop aqueux, trop peu substantiel, par l'influence d'une habitation humide, peu éclairée, insalubre, s'altère de manière à perdre de sa fibrine et de ses globules rouges, et à se surcharger de sérosités, qu'il *s'appauvrisse* enfin, comme le disaient les anciens : alors apparaîtront la chlorose, l'anhémie, l'hydrohémie, les hémorrhagies asthéniques par la laxité des tissus et la trop grande fluidité du sang, et toute la série des affections qui se rattachent à la cachexie séreuse (1).

Qu'au contraire, par l'influence d'une vie trop sédentaire, d'un régime trop succulent, etc., la fibrine et les globules rouges y prédominent, et que le sérum y soit en défaut, comme on le voit dans le sang qu'on appelle *riche*, et qui, tiré de la veine, offre un caillot presque sans sérosité, les dispositions organiques se montreront opposées, la peau sera vivement colorée, tous les organes, surtout les parenchymateux, où les vaisseaux abondent, seront comme gorgés de sang, et les sujets de cette constitution seront exposés aux inflammations aiguës et à tous les désordres produits par un excès d'excitation.

On peut donc dire que c'est dans le fluide sanguin que résident presque toutes les causes de nos maladies. Considéré dans son mélange avec les éléments étrangers que les diverses absorptions y apportent, il se présente à nous comme recélant tous les virus, qui, en étant ensuite expulsés par une élimination salutaire, produisent toutes les maladies éruptives, la variole, la scarlatine, la rougeole (2) et toutes les dermatoses, comme aussi la peste, les affections charbonneuses, et toutes les fièvres miasmatiques, sans en excepter les typhoïdes, qui, selon nous, ne sont, comme toutes les affections virulentes, que les efforts de la nature pour l'expulsion d'un principe vénéneux.

Considéré dans les altérations de ses principes constitutifs, dont nous venons d'indiquer ci-dessus les nuances les plus tranchées, il détermine toutes les affections qui appartiennent à la cachexie séreuse, comme aussi toutes les inflammations franches qui se lient à une trop vive excitation.

Ajoutons à toutes les causes morbifiques que nous venons d'énumérer, qui nous environnent de toutes parts, qui pénètrent, avec le sang, dans tous nos tissus, et dont l'hygiène la plus rationnelle ne peut le plus souvent nous préserver, ajoutons, disons-nous, à toutes ces causes celles qui sont sous notre dépendance, dont nous pouvons efficacement nous garantir, et cependant que nous ne savons pas toujours éviter; telles sont toutes les excitations exagérées des organes ou des fonctions, comme l'exercice trop intense ou trop longtemps soutenu des facultés intellectuelles, les affections morales trop vives, trop prolongées, les passions désordonnées, les excès de la fonction locomotrice, l'intempérance avec tous ses écarts de régime, l'usage habituel d'aliments ou de boissons trop excitants, la masturbation, l'abus du coït, enfin tous les désordres fonctionnels que nous provoquons sciemment, que la raison désavoue, et auxquels la volonté ne se prête que trop souvent.

---

(1) V. le mémoire du docteur Gibert, sur les altérations du sang, Revue médicale, janvier 1840.

(2) On sait que la rougeole se communique par l'inoculation du sang du sujet qui en est atteint. Voyez l'expérience rapportée dans la Revue médicale du mois de février 1840, p. 168, note; voici un fait qui démontrera que ce fluide peut aussi renfermer et communiquer le virus rabique.

Dans le mois d'août 1836, un chien enragé, de forte taille, pénètre dans la cour d'une ferme située dans les environs de la ville que nous habitons, les yeux hagards, la gueule béante, d'où s'échappe une bave écumeuse, le poil hérissé, la queue basse, la démarche incertaine et vacillante, et là, il se jette indistinctement sur ce qui l'entoure; il mord la terre, arrache les plantes qui sont à sa portée, déchire l'écorce des arbres. Heureusement personne ne se trouvait là; les hommes de la ferme étaient aux travaux des champs; la fermière et un enfant de dix ans se trouvaient dans une chambre au premier étage, d'où ils virent l'animal furieux.

Saisis d'abord de frayeur, ils s'enhardirent peu à peu, prirent un fusil chargé qui se trouvait près d'eux, et, après que l'enfant l'eut ajusté en l'appuyant sur le bord de la fenêtre, la femme tira la détente, et le coup partit. Le chien, blessé au cœur, tomba, puis se releva et se traîna quelques pas plus loin, où il expira.

Sur ces entrefaites, neuf des douze canards qui faisaient partie de la volaille de la ferme entrèrent dans la cour, et furent barboter dans le sang qui s'était échappé en assez grande abondance de la blessure de l'animal, et en firent leur pâture.

Dix jours après, ces neuf canards devinrent tristes; ils restaient tapis dans les lieux les plus obscurs; plus tard ils perdirent l'appétit et finirent par ne plus prendre de nourriture. On s'aperçut même qu'ils fuyaient l'eau avec une sorte d'horreur. Enfin, le quinzième jour, ils furent pris de mouvements convulsifs marqués par un vol fréquent, sans but, irrégulier, incertain, dans lequel ils allaient se heurter contre les murs et les arbres voisins; puis ils s'entrechoquaient, s'entrebattaient à coup d'ailes et de bec, poursuivaient les autres oiseaux. Enfin ils moururent tous le seizième jour, maigres, comme desséchés, gisant sur la terre, ouvrant et fermant alternativement le bec, et dans une agitation convulsive.

Les trois canards qui n'avaient point pris part au repas funeste continuèrent à se bien porter.

Cette observation prouve : 1° l'existence du virus rabique, contre l'opinion de ceux qui, malgré l'expérience des siècles, s'obstinent à la nier; 2° sa présence dans le sang des animaux hydrophobes; 3° enfin le danger qu'il y aurait, lorsqu'un animal atteint de la rage a été tué, à s'exposer au contact de son sang, soit sur la peau dénudée de son épiderme ou excoriée, soit sur les muqueuses buccale et oculaire.

On voit, d'après cet exposé, bien qu'incomplet, des causes de nos maladies, que nous nous trouvons sans cesse assaillis de toutes parts par une innombrable quantité d'agents qui tendent sans cesse à la destruction de notre organisation; aussi peut-on dire avec vérité que la vie est le mystère le plus profond, comme le plus grand des prodiges.

Mais, si le mécanisme de la conservation de notre être est si mytérieux, si inexplicable, au milieu de tous les dangers qui environnent nos organes, celui de tous les désordres qu'ils éprouvent ne l'est pas moins. Nous savons bien, par exemple, que l'altération du sang, soit qu'elle provienne d'une hématose imparfaite ou d'éléments nuisibles amenés dans ce fluide par l'absorption lymphatique ou veineuse, soit qu'elle dépende de principes hétérogènes dont l'élimination ne s'est point faite, et qu'une suppression d'exhalation ou de sécrétion a laissés dans l'organisme, est la cause la plus générale de nos affections pathologiques (1); mais comment connaître le mécanisme de ces lésions? Comment, au milieu de ces mille actions morbifiques si diverses, de ce mélange confus d'agents dont les influences si variées se mêlent, se confondent, se modifient les unes les autres, s'activent peut-être réciproquement, agissent simultanément ou d'une manière isolée, comment, disons-nous, distinguer celui dont l'action se montre prédominante, détermine la nature intime du mal et lui imprime ses caractères spécifiques, pour en déduire ensuite un diagnostic sans erreur, un prognostic sûr, et la thérapeutique la plus rationnelle, qui est d'agir directement sur la cause pour en suspendre les effets?

Remarquons de plus qu'une maladie est, en général, rarement simple, ou bornée à un seul organe; souvent la généralité de l'organisme y prend part, et l'élan vital de toutes ses parties est simultané; de sorte que l'ensemble des symptômes forme alors une confusion d'actions qui empêche de distinguer le moteur direct du désordre, la lésion primitive ou essentielle, et d'arriver ainsi à la connaissance de la nature intime de l'affection.

Mais là ne gît point encore la difficulté la plus grande. On conçoit en effet qu'avec de la sagacité, l'habitude d'observer, en un mot, avec ce que l'on appelle le *coup-d'œil médical*, on puisse parvenir à reconnaître quel est l'organe essentiellement affecté, le point de départ du mal, dans la maladie la plus compliquée. Mais il reste encore à découvrir le mode d'action de l'agent morbifique, par quelle suite de mouvements vitaux tous les symptômes apparaissent, quels sont les ressorts secrets qui les déterminent, leurs rapports avec la lésion primitive et les lésions secondaires, en un mot, le mécanisme de l'affection, car c'est là ce qui constitue la véritable science pathologique qui peut seule donner de la certitude au diagnostic et au prognostic, et de l'efficacité à la thérapeutique.

Voilà donc le problème à résoudre, le voile à soulever, le mystère à pénétrer en face duquel nous nous trouvons maintenant; mystère toutefois impénétrable, qui est la cause de tous nos tâtonnements, de toutes nos incertitudes thérapeutiques, et la véritable source de l'empirisme médical.

Bornons-nous donc à explorer la surface de notre sujet, ce qu'il nous offre le plus en saillie, si nous ne pouvons pénétrer dans ses profondeurs. Peut-être y puiserons-nous quelque lumière sur la nature intime de ce qui nous est caché; et, si nos assertions s'appuient sur les faits, si nos raisonnements se fondent sur l'expérience, nous pourrons en conclure, que, si la vérité ne s'est point montrée à nous tout entière, elle nous est du moins apparue dans quelques-uns de ses éléments, et notre travail ne sera pas tout à fait inutile.

La vie, comme nous l'avons dit au commencement de ce mémoire, est une succession ou plutôt une simultaneité *d'actions* et de *réactions*, d'excitations ou d'appels faits à la puissance vitale par les divers agents qui impressionnent nos organes, et d'afflux de cette puissance sur ces mêmes organes pour y déterminer leurs fonctions.

La *santé* est une simultanéité *d'actions* et de *réactions* dans les limites compatibles avec l'exercice libre et régulier des fonctions organiques.

Or, la *maladie*, qui n'est qu'une modification de la vie, une manière d'être anormale de notre organisme, ne saurait être, dans son essence, qu'un changement survenu dans les *actions excitantes* ou dans les modes d'appels normaux faits à la puissance vitale, et dans les *afflux* de cette puissance sur les parties de l'organisme où ces excitations ou ces appels ont lieu; en d'autres termes, la *maladie* n'est qu'une excitation et une réaction anormales. La *mort* est la cessation de toute réaction.

Tout ce que nous apercevons dans le développement d'une maladie se borne à *l'action* de l'agent morbifique, et aux phénomènes qui attestent la *réaction* ou l'afflux de la puissance vitale sur l'organe qui a éprouvé l'action de cet agent.

Voyons ce qui se passe dans l'application du calorifique sur le système cutané, dans ce qu'on appelle *brûlure*. D'abord une impression perceptible d'où provient la sensation appelée *douleur*: voilà *l'action*. Immédiatement après, afflux du fluide sanguin qui s'accumule dans les capillaires cutanés; et, si l'impression persiste, exhalation de sérosité au-dessous de l'épiderme pour s'opposer au passage du calorique; voilà la *réaction* qui apparaît constamment, lors même que le tissu cutané est détruit par cet agent; car c'est elle qui trace toujours la limite qui sépare les parties où la vie n'existe plus de celles où elle persiste.

L'action et la *réaction* ne sont pas moins réelles dans les maladies internes ou externes sans cause appréciable, et où l'agent morbifique échappe à nos regards. L'analogie des phénomènes qui accompagnent ces affections avec ce qui se passe sous nos

(1) Combien de maladies aiguës ou chroniques, superficielles ou profondes, qui ne dépendent que d'une diminution ou d'une suppression inconnue de l'exhalation cutanée, d'un flux sanguin ou d'une suppuration habituelle; de la rétrocession non soupçonnée d'un exanthème, et qui, par l'obscurité qui règne dans leur étiologie, rendent notre thérapeutique si incertaine! Voilà aussi pourquoi on trouve si souvent dans nos recueils d'observations ces expressions : « Sans cause connue, sans cause appréciable... » qui attestent sur ce point l'ignorance de leurs auteurs.

yeux dans celles où l'action est sensible, la présence au dedans de nous d'une foule d'agents morbifiques qui y ont pénétré par les voies que nous avons précédemment exposées, ou qui ont pu s'y développer spontanément, enfin, les résultats des autopsies cadavériques, en sont des preuves incontestables.

Aussi ce que nous venons de dire de l'action du calorique se remarque-t-il dans tous les cas où il y a influence morbifique ; dans toutes les maladies la réaction apparaît plus ou moins manifeste, quel que soit l'agent qui la détermine, et quel que soit l'organe que cet agent impressionne. Parcourez tout le domaine de la pathologie, prenez un à un tous les organes, observez-les lorsqu'une influence morbifique les frappe, et vous reconnaîtrez toujours une *réaction* succédant immédiatement à une action.

Prenons pour exemple le choléra épidémique : les tranchées abdominales, la chaleur brûlante qui semble dévorer les entrailles, la suspension de la respiration, de la circulation, de la calorification, de la sécrétion des urines ; les crampes, les angoisses mortelles au milieu desquelles le malade se débat, signalent *l'action* du virus cholérique. Les vomissements et la diarrhée d'abord qui tendent à l'expulser, puis le rétablissement des fonctions suspendues, la chaleur de la peau, sa rougeur, la sueur qui achève cette élimination, attestent la *réaction*, qu'on est obligé alors de modérer, pour éviter les congestions encéphaliques, ou celles qui s'effectueraient sur le tube gastro-intestinal déjà prédisposé par la réaction primitive. Ici la réaction sauve le malade ; si elle n'a point lieu, la vie s'éteint rapidement sous l'influence du principe délétère qui enraye tous les mouvements de l'organisation.

La *réaction* présente deux modifications remarquables. Tantôt elle ne s'effectue que sur la partie qui est le siége de l'action, et alors la maladie est simple ou locale ; tantôt, au contraire, elle se ramifie, pour ainsi dire, et se distribue dans un plus ou moins grand nombre d'organes ou d'appareils ; quelquefois même elle se manifeste dans tout l'organisme, comme on le voit dans les lésions des organes importants à la vie, tels que les poumons, le cœur, les voies digestives, l'encéphale, etc. Nous exposerons dans une suite de mémoires les lois qui président à cette dissémination. Il nous suffit, pour le moment, de montrer la nature de ces phénomènes pathologiques, qui, différents en apparence, proviennent tous d'une source commune, la *réaction*.

La définition de la *fièvre* peut se déduire rigoureusement des considérations précédentes ; ce phénomène n'est en réalité qu'une *réaction générale de l'organisme*, déterminée soit par une lésion locale, comme celle qui accompagne les phlegmasies d'une certaine gravité, soit par une cause morbifique qui agit sur l'ensemble de l'organisation, comme dans les fièvres qu'on a appelées *essentielles*.

L'inflammation elle-même n'est autre chose qu'un mode de réaction dépendant, non point de la calorification exagérée, comme le prétend le docteur Latour (1), calorification qui n'est qu'une fonction qui se trouve comme toutes les autres dans la dépendance du système nerveux, ou plutôt de la puissance vitale dont ce système est le siége, mais bien de l'afflux de cette puissance sur un organe qui a éprouvé l'action morbifique d'un agent sur-excitant. Nous l'avons vu ci-dessus dans l'action du calorifique ; nous pourrions le démontrer aussi dans les effets de tout autre agent, dans l'érysipèle par cause interne, par exemple, c'est-à-dire produit par un principe irritant qui se porte du dedans au dehors sur le système cutané. Aussi peut-on poser en principe que dans toute phlegmasie il y a *action* excitante et *réaction* vitale ; et si l'inflammation offre tant de variétés, soit dans son intensité, soit dans ses produits, tant de nuances qui semblent s'écarter du type que l'on a choisi pour représenter d'une manière générale ce phénomène pathologique, cela vient et des variétés des modificateurs ou des excitants des organes, et de celles de la réaction qui, bien que dépendante d'un seul principe, la puissance vitale, est néanmoins susceptible d'une infinité de degrés.

Ce que nous venons de dire de l'inflammation, nous pouvons le dire avec non moins de raison de toutes les maladies. En effet, toutes les actions morbifiques varient, non-seulement selon la nature intime des agents qui les exercent, mais encore selon l'état où se trouve l'organisme lorsqu'elles ont lieu, selon l'âge, le sexe, la constitution individuelle, les habitudes, la manière de vivre, les professions, les maladies antérieures ou concomitantes, le climat, les saisons, etc., d'où résultent, à la suite de l'action de chaque agent, des modifications organiques singulièrement variées, et par leur nature, et par leur siége, et par leur intensité, modifications qui elles-mêmes déterminent des modes de réaction proportionnels, et, en dernière analyse, toutes les variétés, toutes les nuances que les espèces pathologiques présentent à notre observation.

D'un autre côté, les afflux de la puissance vitale ou les *réaction* ne diffèrent pas moins entre eux, après la même action modificatrice, que les causes que nous venons de signaler ; de telle sorte que, pour résoudre pleinement le problème d'une maladie donnée, c'est-à-dire pour en comprendre tous les éléments et les rapports qui les lient, il faudrait connaître tous les modes d'action et de réaction qui la composent ; ce qui jusqu'à présent s'est dérobé à toutes nos investigations. Aussi nos descriptions pathologiques, même spécifiques, ne sont-elles que des généralités, c'est-à-dire des tableaux incomplets, des peintures plus ou moins infidèles, de simples ébauches des mouvements morbides de notre organisation.

---

(1) V. Revue médicale, janvier 1840, p. 6. L'inflammation est, selon ce médecin, une distension des capillaires par excès de chaleur ; de là, le gonflement, l'amas du sang, la rougeur, la douleur par la distension des nerfs, etc. Mais c'est là une explication toute physique, dont la vie est exclue, et qui attribue à l'effet (la chaleur), ce qui ne dépend que de la cause (la puissance vitale qui en est la source.)

Toutes ces considérations sont bien faites pour humilier notre science, parfois si superbe, et nous montrer toutes les lacunes qu'elle a encore à remplir. Abaissons donc notre orgueil devant de si profonds mystères et contentons-nous de connaître ce que l'observation peut nous faire découvrir.

Toute maladie offre deux ordres de phénomènes, les uns perceptibles, évidents, saillants au dehors, tels que l'altération de la forme du volume des organes, de leurs rapports réciproques, de leur température et de leur couleur normales, de leurs fonctions ou des produits de ces fonctions, etc.; les autres non perceptibles ou cachés dans le fond de l'organisme; ce sont les modes d'action des agents morbifiques, ceux des réactions qu'ils provoquent, qu'ils determinent, le mécanisme des altérations des fonctions, les modifications morbides que subissent des organes plus ou moins éloignés, et qui s'affectent par contiguité ou par sympathie, etc.; ce sont ces phénomènes qui rendent le diagnostic, le pronostic et la curation des maladies si difficiles. Ce sont là les grands obstacles de notre art, et les causes de toutes les théories, de tous les systèmes dans lesquels la science s'est si souvent égarée, lorsqu'elle s'est imprudemment séparée de l'expérience et de l'observation.

Nous ne devons donc nous attacher, pour ne pas nous égarer nous-mêmes, qu'aux phénomènes perceptibles, qu'à ceux qu'il est permis d'observer; et, parmi ces phénomènes, le plus saillant, le plus évident, le plus incontestable, le phénomène primitif, celui qui domine tous les autres, qui en est même la source unique, c'est la *réaction*.

Toute maladie se compose de deux éléments qui déterminent seuls l'existence, savoir, d'une *action morbifique* et d'une *réaction*.

L'action morbifique tend à altérer les conditions fonctionnelles de l'organisation, ou à détruire celles de vitalité dans les tissus sur lesquels elle s'exerce: exemple, les poisons corrosifs, etc.

La réaction, au contraire, a pour objet de s'opposer à cette destruction et à cette altération, et d'en faire disparaître les effets lorsqu'elles sont effectuées; c'est la lutte de la vie contre la mort.

Tout a un but dans les mouvements de la nature, et, par cela seul que l'action est destructive, la *réaction* doit être conservatrice. Ce serait en vain que l'on opposerait à cette opinion les terminaisons funestes qui la suivent; ces terminaisons ne doivent point lui être attribuées; elles sont les effets inévitables de *l'action*, qui, dans ces circonstances, s'exerce avec une violence extrême, et nécessite une vive *réaction*. Celle-ci ne fait qu'obéir à la loi générale qui la proportionne toujours à la première, et son activité même est alors un témoignage éclatant du but qu'elle a à remplir.

La réaction est donc un mouvement organique particulier ou général, déterminé par la puissance vitale, soit pour éliminer, soit pour neutraliser ou détruire un agent morbifique introduit dans l'organisation; et de même que la vie est une *réaction normale* qui constitue le jeu de tous les organes, de même la maladie est une *réaction exagérée*, *anormale*, particulière ou propre à l'état morbide.

Dans les empoisonnements, dans l'indigestion même, où les aliments deviennent toxiques, dans l'embarras gastrique, les vomissements et les selles qui surviennent ne sont que les effets de la réaction de la puissance vitale sur le tube digestif pour en expulser des agents nuisibles.

Dans le choléra sporadique, comme dans l'épidémique, la réaction a lieu par les mêmes organes, parce qu'il y a analogie entre ces deux affections, qui ne diffèrent l'une de l'autre qu'en ce que, dans la première, il n'y a qu'à expulser la matière de la transpiration cutanée, dont la suppression est la cause ordinaire de la maladie, tandis que, dans la seconde, il y a à éliminer un virus particulier, singulièrement actif, éminemment funeste, qui, comme nous l'avons dit plus haut, suspend les quatre principales fonctions de l'organisme. Dans l'un et dans l'autre, la réaction éliminatrice commence dans le tube digestif, pour s'achever dans le système cutané, si la puissance vitale peut y suffire.

L'expulsion réactive tend à se faire par les mêmes voies dans la fièvre typhoïde ou entéro-mésentérique. L'engorgement des glandes muqueuses que l'on y observe le démontre pleinement. Cet engorgement, en effet, ne constitue point essentiellement la maladie; il n'est que le produit de la réaction expulsive, et il n'existe qu'autant que cette réaction s'opère; voilà pourquoi on ne l'observe pas constamment. Cette réaction, à la vérité, n'est pas toujours salutaire, d'abord parce que son effet, c'est-à-dire l'élimination du principe vénéneux qui produit la maladie, n'est pas toujours complet, et ensuite parce que, lorsqu'elle est trop intense, ce qui dépend toujours de l'activité du principe morbifique, la lésion intestinale qui en est le produit devient elle-même une cause de mort. Mais cette réaction manifeste toujours le but de la nature, c'est-à-dire l'élimination d'un agent morbifique qui tend à arrêter tous les mouvements de l'organisation. Aussi lorsqu'elle est nulle sur le tube intestinale, comme cela s'observe assez souvent, la maladie est toujours plus grave et plus promptement mortelle.

La reaction expulsive se montre évidemment dans une foule de systèmes ou d'appareils organiques.

C'est par les systèmes cutané et muqueux que s'effectue l'élimination des principes morbifiques contagieux, qui, d'abord transmis ou formés spontanément dans l'organisation, s'y développent comme autant de germes, s'y reproduisent, s'y multiplient, puis sont portés au dehors dans de nouvelles organisations, pour y donner lieu à des reproductions nouvelles, avec tous leurs effets primitifs, jusqu'à ce que d'autres conditions, soit physiques, soit chimiques, soit vitales, viennent les annihiler. Tous les exanthèmes en général prennent cette double voie d'expulsion, qui est bien reellement une dépuration salutaire comme le démontrent les accidents si souvent funestes de leur rétrocession, et ceux qui suivent un traitement palliatif qui se borne à les attaquer dans leur siége sans atteindre le principe intérieur qui les produit.

Dans la péripneumonie et la pleuro-péripneumonie qui se terminent par ce qu'on appelle *résolution*, c'est dans le système muqueux pulmonaire que la réaction s'exerce, par l'expectoration. L'asthme,

toutes les bronchites, celles surtout qui surviennent dans les saisons froides et humides, où le système cutané voit son exhalation expulsive s'affaiblir ou se supprimer, l'offrent dans le même système, où elle s'effectue par la même fonction. C'est en général dans les membranes muqueuses qu'ont lieu les exhalations, les hémorrhagies critiques et les mouvements vitaux qui déterminent les vomissements et les diarrhées de même nature.

Dans le système cellulaire, l'expulsion réactive produit certains œdèmes critiques qu'il est dangereux de guerir, les phlegmons et toutes les exhalations suppuratives, qui plus tard se font jour au dehors par des voies diverses, selon le siége de la réaction. Ainsi dans la péripneumonie qui ne s'est point résolue, la suppuration éliminatrice qui enveloppe le principe morbifique l'entraîne au-dehors en pénétrant dans les bronches; dans la pleurésie avec épanchement purulent, c'est par la même voie ou à travers les parois du thorax que cette expulsion s'opère; elle s'effectue par ces mêmes parois ou par le tube digestif dans l'hépatite, par les voies urinaires ou à travers les parois abdominales dans la néphrite, par le système cutané dans les suppurations du tissu cellulaire situé au-dessous de ce système, etc., etc.

Le système glandulaire est souvent aussi l'agent de la réaction éliminatrice. C'est par les voies urinaires qu'elle détermine l'expulsion d'une infinité de principes morbifiques (urines critiques dans une foule d'affections); qu'elle produit l'élimination de l'urée, dont la goutte et la gravelle ne sont qu'un effet, que l'on ne peut dissiper qu'en ramenant ce principe à ses proportions régulières. Le système biliaire n'est pas étranger non plus aux solutions morbides, comme l'attestent ces vomissemets bilieux et ces diarrhées de même nature qui, dans certaines maladies, amènent si rapidement la guérison. Les glandes salivaires elles-mêmes y participent souvent d'une manière très-active, en determinant un ptyalisme qu'il est alors dangereux de guérir.

Que sont tous les symptômes de la syphilis, sinon des transports du virus qui la produit hors de l'organisme ou du moins sur des organes peu essentiels à la vie, tels que la peau, les ganglions lymphatiques ou le système osseux, pour préserver de ses atteintes ceux dont la lésion amènerait inévitablement l'extinction de la vie? Pour nous ces symptômes ne sont que des effets de la réaction éliminatrice, réaction à la vérité incomplète, parce que le virus semble se reproduire et se reproduit en effet à mesure que son expulsion s'effectue, si l'on ne se hâte de le détruire par le spécifique connu, mais qui atteste néanmoins le but et les efforts de la puissance vitale pour en délivrer l'organisation. L'affection scrofuleuse, que nous croyons aussi dépendre d'un virus particulier, à la vérité non contagieux, mais héréditaire, offre, dans les symptômes qui lui sont propres, une élimination de ce virus par les mêmes organes. Le traitement le plus efficace consiste à la diriger sur le système cutané, car il est d'observation qu'un air sec, l'insolation, la chaleur de l'été et la transpiration abondante qui en est le résultat amènent souvent la guérison de la maladie.

La goutte n'est-elle pas le transport critique de l'excès d'urée dont nous avons déjà parlé sur les articulations? On n'en doutera pas si l'on réfléchit aux dangers qui suivent sa disparition trop prompte, ou aux accidents redoutables qu'elle produit lorsque ce transport ne s'effectue point (inflammations viscérales goutteuses).

N'est-ce pas dans les ganglions lymphatiques que se porte le virus pestilentiel? Et n'est-il pas démontré qu'en général on ne guérit pas de la peste sans bubons?

Enfin, il n'y a pas jusqu'au système musculaire qui ne puisse être le siége de la réaction expulsive. Lorsque le système nerveux est vivement sur-excité, comme, par exemple, dans l'hystérie, que la puissance vitale y est pour ainsi dire accumulée au point de mettre la vie en danger, il se fait alors une irritation de cette puissance sur le système musculaire, dont un excès de vitalité momentané ne peut être funeste, et des convulsions ont lieu. Or, ces convulsions, qui sont des mouvements dans lesquels s'épuise l'excès de la puissance vitale, constituent alors un phénomène réellement critique; ils annoncent la terminaison prochaine de l'affection, et les praticiens savent combien il ést dangereux de s'y opposer autrement que par des médications qui agissent directement sur la sur-excitation nerveuse.

Tel est donc le but de la *réaction :* la destruction ou l'élimination hors de l'organisme d'un principe morbifique à qui seul appartient l'*action*.

C'est l'*action* qui ouvre la scène morbide, qui est la cause immédiate de tout ce qui va se passer; c'est la *réaction* qui la remplit par tous les phénomènes qu'elle détermine.

La manifestation la plus générale de l'action, c'est la *douleur*. La douleur n'est point l'action, mais son effet. Elle n'est que la modification perceptible de l'organe où l'action s'exerce. Le mécanisme de l'action nous est inconnu; la douleur seule la manifeste. Elle a pour but d'avertir l'individu de la présence de l'agent morbifique et de son action. Tant qu'elle persiste le modificateur continue d'agir.

La douleur est susceptible de modes très-différents qui dépendent de la nature du principe morbifique, de l'organe sur lequel il agit, de l'âge, du sexe, de la constitution du sujet, etc. Tantôt elle n'est qu'un simple prurit, d'autres fois elle éclate en une cuisson violente, dans d'autres circonstances elle offre tous les degrés, depuis le malaise le plus léger jusqu'à l'inquiétude la plus insupportable; on l'observe aussi sourde ou vive, contusive ou lancinante, déchirante ou pulsative, etc. Par rapport au siége qu'elle occupe, elle est locale ou générale, sympathique, comme lorsqu'elle se fait sentir dans un organe plus ou moins éloigné de celui qui est le siége de l'*action*, ou *métastatique* par le transport de l'agent sur un autre organe.

La manifestation de la réaction varie aussi selon qu'elle est générale ou locale. La réaction générale est presque toujours précédée du *frisson*, qui est l'effet de la concentration momentanée de la puissance vitale dans l'intérieur de l'organisme pour donner plus d'intensité à son afflux. Vient ensuite la chaleur générale, que cet afflux détermine, et qui s'exhale si vivement de tous les tissus.

Lorsqu'elle est locale, ou bien lorsque, étant gé-

nérale, il existe un foyer principal de réaction, comme dans les inflammations viscérales, etc., elle se manifeste par la rougeur, le gonflement, la chaleur de l'organe qui est le siége de la phlegmasie, comme le témoignent l'exploration de cet organe, l'analogie des inflammations internes avec les externes, où ces phénomènes sont si évidents, et enfin les résultats des autopsies cadavériques.

Toutefois, il n'est pas rare qu'il y ait réaction locale sans gonflement ni rougeur. Cela a lieu surtout lorsqu'elle s'effectue sur un organe sécréteur ou exhalant, dont la sécrétion ou l'exhalation, alors augmentée, épuise promptement le sang à mesure que la réaction l'y précipite. C'est ainsi que les selles abondantes déterminées par les drastiques effacent les effets phlegmasiques de la réaction sur la muqueuse intestinale, en épuisant, par l'exhalation séro-muqueuse qui les constitue, les afflux de la puissance vitale qui les produit. Mais, dans ces circonstances, l'augmentation de l'activité fonctionnelle des organes est toujours un témoignage évident de la réaction.

La *réaction* est susceptible, comme l'*action*, d'une infinité de modes divers, dépendant des causes que nous avons signalées en parlant de cette dernière. Ses résultats sont aussi très-variés, selon les organes où elle s'exerce ; de là les inflammations lentes ou rapides, sourdes ou vives, aiguës ou chroniques etc., etc. ; de là aussi les sueurs, les diarrhées, les urines, les hémorrhagies, symptomatique ou critiques, avec toutes leurs modifications, les suppurations éliminatrices, etc.

L'*action* n'est point la maladie; elle n'en est que la cause occasionnelle ou provocante ; elle n'en est que le préambule, le prologue, pour ainsi parler ; la *réaction* en détermine, en forme les éléments, les symptômes, la constitue ce qu'elle est, lui imprime ses caractères spécifiques, sa physionomie, en un mot, lui donne l'*être*.

La maladie naît de l'*action ;* mais elle n'existe que par la *réaction*.

On ne peut pas plus soustraire d'une maladie l'*action* que la *réaction ;* sans *action*, point de *réaction ;* mais sans *réaction* point de *maladie*.

L'*action* et la *réaction* sont inséparables comme la cause l'est de son effet ; d'où il suit que lorsqu'une réaction se manifeste, on peut être sûr qu'il existe une action morbifique dans l'organisation.

La *réaction* a quelquefois lieu sans être précédée en apparence de l'*action*. C'est ainsi que des convulsions réactives ont lieu après une abondante hémorrhagie ; que, dans la chlorose, après des saignées fréquemment répétées, dans une abstinence longtemps prolongée, etc., le système sanguin réagit vivement, et le pouls offre une fréquence insolite ; or, cette réaction n'est ici provoquée par aucune autre influence que la faiblesse de l'organisation, au secours de laquelle la puissance vitale s'empresse, pour ainsi dire, d'accourir ; et c'est cette faiblesse qui est alors réellement un véritable agent morbifique. Cette influence de la faiblesse organique n'est jamais plus évidente que dans l'agonie, où la réaction, manifestée par la fréquence du pouls, est d'autant plus vive que la mort approche ; admirables, mais inutiles efforts de la nature pour s'opposer à l'extinction de la vie.

L'*action* sans *réaction* annonce la mort, qui a lieu en effet dans tous les cas où la réaction ne se manifeste pas à la suite de l'action. Le choléra épidémique en offre un exemple, comme aussi les affections gangréneuses intenses, et, à l'extérieur, celles qui sont déterminées par les caustiques, qui, en détruisant l'organisation des tissus, empêchent la réaction de s'établir.

Nous avons démontré que le système nerveux était le siége et le dispensateur de la puissance vitale (voyez notre mémoire dans la *Revue médicale* du mois d'octobre 1837) ; c'est donc par ce système que s'opère la *réaction*. Aussi est-elle d'autant plus vive, toutes choses égales d'ailleurs, que l'organe où elle s'effectue est plus pourvu de nerfs (1), et se montre-t-elle d'autant moins sensible que les nerfs y sont plus rares (exemple : le système osseux), et que l'innervation y est moins parfaite, comme on le voit dans les paralysies avec perte de sentiment et de mouvement.

L'*action* et la *réaction* offrent une infinité de modes différents de nature et d'intensité. C'est à ces modes que sont dues non-seulement les maladies si diverses, mais encore toutes leurs nuances et toutes leurs variétés.

Entre la *réaction physiologique* et le plus haut degré de la *réaction pathologique*, il existe un nombre infini de degrés qui dépendent d'une foule de causes diverses, telles que la nature de l'agent morbifique; l'excitabilité de l'organe sur lequel il agit l'âge, la constitution du sujet, etc. De là ces réactions inaperçues, ces phlegmasies latentes, maladies obscures dans leur principe, et qui, dans leur développement, déconcertent le praticien le plus exercé ; de là l'étiologie cachée d'une foule de lésions organiques qui rend la thérapeutique si vaine, parce qu'on ignore la source primitive du mal, ou que, par son accroissement, il est devenu irrémédiable ; de là enfin cet empirisme médical auquel nous sommes forcés de nous livrer dans tant de circonstances, par l'ignorance où nous sommes des rapports des causes aux effets.

Tant que l'*action* persiste et que la *réaction* la suit, la maladie ne se termine point ; elle est alors stationnaire, *chronique*.

Si l'*action* se soutient et que la réaction s'affaiblisse, l'organe *malade*, c'est-à-dire qui est le siége de *l'action* et de la *réaction*, finit par se détruire par parties, comme on le voit dans les maladies cancéreuses et syphilitiques, où les virus qui les produisent agissent de proche en proche, envahissent divers tissus, et ne cessent leur action qu'à l'extinction de la vie.

L'*action* et la *réaction* peuvent donner lieu à la formation de substances particulières qui devien-

---

(1) Plus un organe est essentiel à la vie, plus les nerfs y abondent, et plus aussi la réaction y offre de l'intensité. Cela devait être, puisque le but de la réaction est de s'opposer à l'action morbifique, et de conserver les conditions des vitalité de l'organisation.

nent à leur tour agents morbifiques, et déterminent de nouvelles réactions ; telle est la suppuration dans la phlébite puerpérale, qu'une fièvre typhoïde suit immédiatement.

Une fois que la réaction est établie, la maladie est formée ; sa marche est déterminée par la succession et la direction des afflux vitaux. Elle peut être lente ou rapide, simple ou compliquée, régulière ou irrégulière, longue ou d'une courte durée, etc.

La réaction peut persister bien que l'action ait cessé ; c'est lorsque la modification morbide que celle-ci a produite existe encore, car c'est la réaction qui doit la dissiper ; exemple : les plaies par cause externe. C'est la réaction qui détermine alors les suppurations, les adhérences salutaires et les cicatrisations.

La continuité, la rémittence et l'intermittence de la réaction, nous paraissent dépendre de celles de l'action de l'agent morbifique (théorie des maladies intermittentes ou rémittentes). Toutefois, l'action ayant cessé par l'expulsion complète de cet agent, l'intermittence ou la rémittence des afflux vitaux peut persister par l'influence de l'habitude. Elle peut persister par la même influence et d'une manière continue, après la cessation de l'action ; de là cette fréquence du pouls insolite, simulant une fièvre essentielle, dans les convalescences, bien que toutes les fonctions s'exercent régulièrement, et que rien n'annonce une affection organique.

C'est des rapports de l'*action* avec la *réaction*, qui varient selon les climats, les saisons, les individus, etc., que dépendent les maladies endémiques, les épidémies avec leurs génies divers, les maladies individuelles avec toutes leurs variétés.

La réaction est en général égale à l'action. Plus celle-ci est vive, plus la première offre de l'intensité. C'est donc la force de la réaction qui donne la mesure de la vivacité de l'action. Toutefois, il ne faut point oublier, dans cette estimation, de tenir compte de la susceptibilité individuelle, de la structure de l'organe qui est le siége de l'action, etc. ; car plus le système nerveux est actif, plus un organe est riche en vaisseaux sanguins et en nerfs, et plus aussi la réaction est vive. Voilà pourquoi, comme nous l'avons déjà dit, elle est si manifeste dans les organes parenchymateux, où les nerfs et les vaisseaux abondent, et si peu apparente dans les tissus osseux, fibreux et cartilagineux.

Quelquefois, dans la réaction, il se forme, soit par le déplacement de la cause morbifique, soit par l'effet de la réaction elle-même, des afflux vitaux dans des organes plus ou moins éloignés de celui qui a été le siége primitif de la maladie, d'où résultent des réactions nouvelles (maladies compliquées, multiples). C'est ordinairement dans les organes qui lui sont analogues par leur structure et leurs fonctions, que s'effectuent ces afflux.

La réaction est susceptible d'un grand nombre de modes différents, selon la nature des agents morbifiques qui la déterminent. Ainsi elle n'est point la même dans la syphilis, dans les maladies cancéreuses, et, en général, dans toutes les affections qui dépendent de virus.

C'est des modes divers de l'action et de la réaction, soumis eux-mêmes aux influences si variées des modificateurs de l'organisme, que naissent tous les résultats pathologiques que l'on a distingués sous les noms de *productions accidentelles*, *dégénérescences*, *altérations de tissus*, *lésions* organiques, etc. Tous ces effets morbides ne peuvent avoir d'autre cause, car, dans toute maladie, il n'y a qu'*action* et *réaction*.

Jusqu'ici nous n'avons considéré la réaction que dans sa manifestation et dans sa marche ; ajoutons à tout ce que nous venons de dire quelques réflexions sur sa terminaison.

Il est de mauvais augure que la réaction s'affaiblisse avant le retour de l'organisme à son état normal ; car cela annonce que la puissance vitale succombe sous l'influence de l'action morbifique.

Si la réaction a une grande intensité, on doit craindre des congestions organiques, c'est-à-dire la concentration de la puissance vitale sur certains organes en particulier ; et, si ces congestions existent, le pronostic doit être fâcheux. Il sera favorable, au contraire, s'il n'y a point d'affection locale, car, dans ces circonstances, l'intensité de la réaction annonce, en général, une terminaison heureuse et prompte ; exemple : la fièvre appelée *inflammatoire éphémère* (1).

Une juste proportion entre l'action et la réaction est toujours d'un heureux augure. C'est elle qui amène la terminaison qu'on appelle *résolution*, et qui n'est que la cessation de l'action et de la réaction, sans changement déterminé dans la texture de l'organe qui en était le siége.

Dans toute affection locale, lorsque la réaction augmente au lieu de diminuer, ou bien lorsqu'elle se soutient au-delà du terme ordinaire, l'issue de la maladie est presque toujours funeste. Elle annonce que l'action morbifique n'a point cessé, ou que les modifications qu'elle a fait subir à l'organisation existent encore. C'est ce que l'on observe dans la péripneumonie, lorsque, après le deuxième septénaire, la fréquence du pouls augmente sans qu'il soit survenu de nouvelle affection. Il semble alors que toute la puissance vitale se met en action pour s'opposer à la destruction de l'organisme.

La réaction, dans les cas funestes, laisse souvent des traces plus ou moins sensibles dans les organes où elle a eu lieu. C'est ce qu'on appelle, en anatomie pathologique, *lésions cadavériques*. D'où il suit que ces lésions ne constituent pas essentiellement les maladies à la suite desquelles on les observe, et qu'elles ne sont que de simples effets de la réaction.

La guérison d'une maladie n'est que la cessation de la réaction déterminée par l'élimination ou la destruction de l'agent morbifique, ou par la disparition de la modification organique morbide qu'il avait produite (2).

---

(1) Pinel, Nosograph. philosoph.

(2) Dans la fièvre typhoïde, par exemple, sur le traitement de laquelle tant de discussions se sont élevées de nos jours, les purgatifs ne sont efficaces que lorsqu'ils éliminent l'agent morbifique qui produit cette affection (c'étaient là les vues

La thérapeutique se réduit donc à deux points principaux, savoir : 1° à éliminer ou à neutraliser cet agent; 2° à maintenir la réaction dans les limites nécessaires pour que cette élimination ou cette neutralisation et cette disparition s'effectuent.

Mais ces deux objets, si simples en apparence, exigent de nombreuses modifications dans les moyens propres à les remplir. Il faut considérer la cause de la maladie, l'âge, le sexe, la constitution du sujet, son idiosyncrasie, les maladies dont il a été atteint, les traces qu'elles ont pu laisser dans l'organisme, son genre de vie, son habitation, son régime, sa profession, les maladies régnantes, l'état de la maladie actuelle, sa durée, ses complications, le génie épidémique sous lequel elle s'est développée, etc., etc., car toutes ces choses doivent influer sur la méthode thérapeutique. Aussi à la vue d'un champ de recherches si vaste et si difficile à parcourir, qui ne s'écrierait avec le vieillard de Cos : « ἡ δὲ τέχνη μακρή.... » Oh! que l'art est long....

Une terminaison heureuse ne peut avoir lieu sans un mode de réaction déterminé. Une réaction trop faible prolonge la maladie et la rend interminable (exemples : ulcères atoniques, maladies chroniques que l'on guérit souvent en les ramenant à l'état aigu); l'absence de la réaction amène la mort; une réaction trop intense peut, comme nous l'avons déjà dit, produire des congestions organiques, surtout dans les viscères parenchymateux (exemple : engorgement pulmonaire dans la péripneumonie) (1); enfin une réaction qui cesse sans que la maladie soit dissipée entraîne inévitablement l'extinction de la vie.

Nous avons vu que dans toute affection morbide il se manifestait un mouvement ou un ensemble de mouvements organiques déterminés par la puissance vitale pour réagir contre un principe morbifique, et soustraire l'organisation à son influence plus ou moins funeste; il suit de là que toute guérison dépend de cette réaction.

Toute réaction étant un mouvement vital salutaire, il ne faut ni trop tôt la supprimer (répercussion des maladies cutanées, suppression intempestive des hémorrhagies nasale dans le jeune âge, des hémorrhoïdes dans l'âge mûr, de certaines leucorrhées, etc.), ni trop l'affaiblir.

Ce sont les modes de réaction qui doivent diriger le praticien dans le choix et le mode d'administration des moyens curatifs. Il faut qu'il l'excite si elle est trop faible, qu'il la soutienne si elle tend trop tôt à s'affaiblir, qu'il la réprime si elle est trop vive, et enfin qu'il la modifie selon la nature de l'agent morbifique, les symptômes qui caractérisent la maladie, et selon toutes les circonstances soit individuelles, soit de temps, soit de lieu, que l'expérience a appris à distinguer; considérations qui montrent toute l'étendue de l'art médical.

Les médicaments ne peuvent agir que sur l'*action* et sur la *réaction*.

Ils agissent sur l'*action* en expulsant ou en neutralisant l'agent morbifique (émétique dans l'embarras gastrique, dans les empoisonnements; neutralisateurs des poisons, des divers virus, comme le sous-carbonate de fer dans l'empoisonnement par l'arsenic, le mercure dans la syphilis, les caustiques dans les affections cancéreuses, etc.); il doivent varier selon la nature de l'agent morbifique.

Ils agissent aussi indirectement sur l'action en s'opposant à la transmission de la modification perceptible qu'elle détermine sur l'organe qui en est le siege. Ainsi, les opiacés, les narcotiques en général, et toute la classe des *antialgiques*, ne font cesser la douleur produite par l'action qu'en suspendant la transmission à l'encéphale de l'impression perceptible dont elle est l'effet.

Les médicaments agissent sur la réaction en l'affaiblissant, ou l'excitant, ou la modifiant.

On affaiblit la réaction soit par une action locale, soit en agissant sur l'ensemble de l'organisation.

La médication locale qui affaiblit la réaction consiste dans l'emploi des topiques appelés *antiphlogistiques*, qui semblent soutirer la puissance vitale qui la produit, et des saignées locales qui diminuent la quantité de l'excitant général, le sang, dans la partie affectée, et par conséquent l'excitation et la réaction elle-même que cette excitation entretient. Elle consiste encore dans l'application des médicaments appelés *révulsifs*, qui déterminent des afflux vitaux sur des parties plus ou moins éloignées, et tendent ainsi à épuiser ceux qui constituent la maladie principale. Enfin, on affaiblit aussi la réaction par des calmants spéciaux agissant particulièrement sur l'organe même qui a été primitivement affecté et où réside la maladie essentielle. Ainsi on calme la réaction sur les organes pulmonaires, dans la péripneumonie, par l'émétique; celle qui a lieu sur le cœur, dans les palpitations nerveuses, au moyen de la digitale; sur le tube intestinal, dans la dysenterie, par le sous-nitrate de bismuth, les opiacés, etc., etc.

---

des anciens qui purgeaient si fréquemment les malades dans ces circonstances); les saignées ne sont avantageuses qu'en soutirant ce même agent avec le sang auquel elles donnent issue. Les succès des uns et des autres dépendent de la plénitude de leurs effets; et l'on n'arrivera à une méthode de traitement certaine que lorsqu'on aura découvert un neutralisant spécifique, comme le mercure pour la syphilis, ou un éliminateur puissant qui en débarrasse complétement l'économie.

(1) La péripneumonie n'est, selon nous, qu'une bronchite vésiculaire, c'est-à-dire qui a son siége dans les vésicules pulmonaires, tandis que la bronchite ordinaire n'est que l'inflammation des bronches. L'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire qui entoure les vésicules pulmonaires n'est qu'une complication, un effet de la propagation de la phlegmasie à ce tissu, par l'intensité de la réaction. Dans la bronchite proprement dite, il n'y a jamais de fièvre; elle accompagne toujours la bronchite vésiculaire, dont le symptôme pathognomonique est le râle crépitant. Remarquons encore que ce râle, qui constitue, selon les pathologistes, la première période de la péripneumonie, est le symptôme primitif, et fixe ainsi le siége de la maladie, qu'il peut persister pendant toute sa durée, lorsque la réaction est modérée, et qu'il ne cesse que lorsque cette réaction, devenant plus intense, propage l'inflammation au tissu cellulaire sous-muqueux, et amène l'extinction du murmure respiratoire, la matité, etc.; ce qui forme la seconde période des pathologistes. Ajoutons enfin que l'expectoration sanguinolente, signe caractéristique de la péripneumonie, ne peut provenir que de la muqueuse des vésicules; ce qui rend encore plus évident le siége primitif, essentiel de la maladie.

Dans certaines lésions locales qui déterminent une réaction générale, on fait cesser celle-ci en agissant directement snr l'organe affecté, comme on le voit dans la gastrite, qui, en se dissipant sous l'influence des boissons gommeuses et de l'application de sangsues à l'épigastre, met un terme à la fièvre qui la compliquait. Dans d'autres cas, et ce sont ceux où la lésion locale a pour siége un organe parenchymateux, et où, pour les raisons que nous avons déjà exposées, la réaction générale est très-intense, les médications locales ne suffisent point pour l'apaiser; il faut alors agir directement sur cette réaction.

La méthode thérapeutique qui en modère l'intensité en agissant généralement, c'est-à-dire sur l'ensemble de l'organisme, se réduit à diminuer, dans une certaine mesure, les proportions des principes du sang qui donnent à ce fluide sa propriété d'exciter les organes ou d'y appeler les afflux vitaux. On atteint ce but par trois moyens, les saignées, lesboissons aqueuses et la privation des aliments.

Les saignées apaisent une réaction trop vive, en diminuant la quantité relative de la fibrine et des globules rouges du sang, et en augmentant celle du sérum, par l'absorption de la sérosité qu'elles provoquent dans l'intérieur de l'organisme. Or, on sait que c'est dans les deux premiers de ces principes que réside essentiellement la faculté excitante du fluide sanguin.

Les boissons aqueuses agissent de la même manière, en augmentant, dans ce même fluide, les proportions de la sérosité, et par conséquent en diminuant d'une manière relative celles de la fibrine et des globules colorants.

Il en est de même de la diète, qui, outre qu'elle supprime l'excitation générale que l'estomac exerce, soit à la suite du contact des aliments, soit pendant leur digestion, diminue les éléments excitants du sang, qui alors ne sont plus puisés dans le tube digestif par l'absorption chyleuse, et augmente les proportions du sérum, en provoquant, comme la saignée, l'absorption des fluides aqueux contenus dans l'organisation.

Il est nécessaire de régler l'affaiblissement de la réaction sur les besoins de la nature; il y a, dans certaines circonstances, un danger imminent à le porter trop loin. Ainsi les saignées trop abondantes et un régime trop ténu sont très-nuisibles dans les maladies des enfants, où les afflux vitaux sont si nécessaires, et dans les affections chroniques, où la puissance vitale doit être pendant long-temps mise en action. En général, les évacuations sanguines produisent des resultats fâcheux et hâtent la mort, même dans les maladies aiguës, lorsque le pouls prend plus de fréquence après les premières évacuations. Cette fréquence, qui est une réaction nouvelle, annonce que les saignées ne font qu'affaiblir l'organisation sans diminuer l'intensité de la maladie.

L'excitation des afflux vitaux, ou l'augmentation thérapeutique de la *réaction,* peut aussi être considérée selon qu'elle est générale, comme lorsque l'ensemble de l'organisme est excité par l'alimentation, le calorique, un air pur, les excitants nommés diffusibles, etc. . ou bien selon qu'elle est locale, comme lorsqu'elle s'exerce sur certains organes en particulier. Ainsi la strychnine excite le système musculaire en agissant sur les nerfs locomoteurs; les diurétiques activent la sécrétion urinaire; les expectorants, la fonction de la muqueuse bronchique; les émétiques et les purgatifs excitent le tube gastro-intestinal; les sudorifiques, les exhalants cutanés; les emménagogues, la muqueuse utérine, etc. Dans tous les cas, il y a appels faits, par ces agents médicamenteux, à la puissance vitale, et à la suite de ces appels, de véritables réactions.

Quelquefois il suffit d'exciter un organe dont l'influence sympathique est très-étendue pour déterminer une réaction générale et ranimer toute l'organisation. Ainsi le vin, les spiritueux, portés sur la muqueuse gastrique, certaines émanations odorantes dirigées snr la muqueuse nasale, font cesser les lipothymies et la syncope.

L'excitation des afflux vitaux exige des moyens très-variés, soit locaux, soit généraux, et en rapport avec la nature de la maladie, le siége qu'elle occupe, la période de son cours où elle se trouve, l'âge, la constitution individuelle, et une foule de circonstances diverses qu'il n'est point de notre objet d'énumérer; nous devons nous borner à des considérations générales sur la *maladie;* il nous suffit de montrer ce qui nous semble devoir servir de base à l'emploi des excitants.

Nous en dirons autant des modificateurs spécifiques que l'on administre dans le but de ramener à l'état normal, toujours en suscitant des réactions médicatrices, une sécrétion ou une exhalation profondément altérées dans leurs sources, comme la sécrétion biliaire et urinaire donnant naissance à des calculs, l'exhalation pulmonaire qui produit des tubercules, une nutrition viciée de manière à déterminer la formation de tissus hétérogènes (productions accidentelles), des lésions profondes dans les organes eux-mêmes, des hypertrophies, des altérations de tissus, etc. On doit être déterminé dans leur choix par la nature de la maladie, l'organe ou les organes qui en sont atteints, l'état, l'âge, la profession du sujet, etc., etc., mais ils ne sont réellement efficaces qu'en détruisant la cause morbifique elle-même, ou en déterminant une salutaire réaction.

Terminons ici notre travail, trop long peut-être. Nous ne sommes entrés dans tous les détails physiologiques, pathologiques et thérapeutiques qui composent ce mémoire, que pour exposer aussi complétement qu'il nous a été possible la théorie de la *réaction vitale*, ce grand principe de la médecine hippocratique, et pour montrer combien elle s'accorde avec l'observation des faits, dont elle n'est, par conséquent, que l'expression générale. Nous avons, ce nous semble, rempli notre objet sous ce dernier rapport, et nous croyons pouvoir conclure de tout ce qui précède :

1° Que, dans toute maladie, il y a *action* primitive d'un agent morbifique, et *réaction* de la puissance vitale contre cet agent.

2° Que, bien loin d'être, dans son essence, un trouble, un désordre organique, une maladie est au contraire un ensemble de mouvements vitaux réguliers, qui se développent par des lois primordialement établies, auxquels prennent part un plus ou moins grand nombre d'organes, accourant, pour

ainsi parler, au secours de l'organisme, et destinés à s'opposer à la destruction des conditions de sa vitalité. C'est une fonction d'élimination, de destruction ou d'assimilation par laquelle la puissance vitale repousse, détruit ou assimile un agent plus ou moins nuisible, ou efface les effets de son action, et qui ne cesse que lorsqu'elle a atteint son but d'une manière complète.

3° Qu'il n'y a point de guérison sans le secours de la réaction.

4° Que la réaction est le seul instrument thérapeutique qui soit à la disposition du praticien; tous les moyens curatifs qu'il emploie ne sont que des agents secondaires qui ne font que la diriger dans sa marche.

5° Enfin que le but de toute méthode thérapeutique consiste ou à agir contre l'*action* en éliminant ou en détruisant directement l'agent morbifique, ou à modérer, à exciter, ou à modifier la *réaction*.

Mais que sont elles-mêmes l'*action* et la *réaction?* Quelle est leur essence, leur nature intime? Quelle est leur source primitive? Quel est enfin le mécanisme de leur développement?.... Ici l'expérience et l'observation nous abandonnent.... Arrêtons-nous de peur de nous égarer.

DES LOIS PATHOLOGIQUES.

Considérations générales; définition, existence, nécessité de ces lois.

Nous voici arrivé à la partie essentielle de notre travail. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici n'en a formé que les prolégomènes, mais prolégomènes obligés, rigoureusement nécessaires, et intimement liés au sujet principal.

En effet, ayant conçu le projet d'exposer les lois générales que suit, dans l'état pathologique, la puissance vitale, il fallait nécessairement démontrer préalablement l'existence de cette puissance, les centres organiques où elle réside, d'où elle émane, qui en sont la source et les distributeurs; enfin sa nature, et par conséquent sont unité, qui est un de ses attributs essentiels. Il fallait aussi montrer ce qu'était en lui-même *l'état pathologique*, considéré d'une manière générale, pour bien comprendre les lois de la puissance vitale qui s'y manifestent; or, tous ces objets ont été traités dans nos mémoires précédents (1)

Nous avons exposé dans le dernier ce qui constituait la *maladie* en général, et nous avons démontré qu'elle n'était qu'une *réaction* de la puissance vitale, déterminée par *l'action* d'un agent morbifique sur un plus ou moins grand nombre de parties de notre organisation. Mais cette réaction n'est point et ne saurait être un phénomène irrégulier, désordonné, suscité comme au hasard, se développant et se terminant de même. Elle est, au contraire, et il faut nécessairement qu'elle soit, comme nous le verrons, soumise à des lois constantes qui la déterminent, qui président à son origine, qui la développent dans sa marche, qui la dirigent dans son cours, et que l'observation des phénomènes pathologiques rend de la dernière évidence.

Ce sont ces lois que nous nous proposons d'étudier maintenant. Et d'abord déterminons bien le sens de cette expression, et montrons le plus clairement que nous le pourrons ce qu'elle représente.

Une loi pathologique est, selon nous, un ordre qui, dans un état morbide donné, préside au développement, à la succession et à la terminaison des mouvements organiques qui s'y manifestent; ordre constant, qui est propre à cette affection, qui en forme les caractères essentiels, la nature intime, qui la constitue ce qu'elle est, et sans lequel elle n'existerait pas. Ainsi, par exemple, une gastrite, une péripneumonie, offrent toujours, à travers les différences qu'y amènent l'âge, le sexe, la constitution individuelle, la cause de la maladie, etc., et qui d'ailleurs n'ont rapport qu'à quelques-uns de leurs phénomènes peu essentiels, chacune de ces deux affections, disons-nous, offre toujours un même ordre de symptômes, une marche et une terminaison, en général, toujours les mêmes. Or, pour offrir constamment les mêmes caractères, que l'on a généralisés dans les nosographies pour en offrir le type descriptif, il faut nécessairement qu'une cause générale, une force dirigeante toujours la même, préside à tous ces phénomènes; eh bien, c'est l'influence de cette cause, de cette puissance directrice, régulatrice, qui constitue la loi vitale sous laquelle chacune de ces deux affections se manifeste.

Ce que nous venons de dire de la gastrite et de la péripneumonie est applicable à toutes les affections organiques, et par conséquent nous pouvons définir, en général, les *lois pathologiques, les divers modes de développement, de coordination, de succession et de terminaison des symptômes qui s'y développent et qui en sont comme l'expression.*

Mais, puisque ces modes sont si constants qu'on doit les considérer comme des lois, il faut donc qu'ils soient nécessaires; car dans notre organisation, comme dans tout l'univers, rien n'a été établi par le Créateur sans but et sans utilité. Arrêtons-nous un moment sur cette importante considération.

La vie n'est que l'exercice des lois qui dirigent l'influence de son principe sur les mouvements organiques: de là l'ordre et la régularité constante de ces mouvements; de là, en un mot, les fonctions, expression dernière de ces lois, par laquelle elles se manifestent à nos sens et deviennent pour nous des vérités incontestables. Chaque organe, chaque système d'organes, ou, pour mieux dire, chaque fonction a ses lois particulières qui en développent et en règlent l'exercice, qui en déterminent tous les phénomènes distinctifs. Ainsi la *loi digestive*, qui embrasse un si grand nombre d'organes, qui produit, par le sens gastrique, la sensation de la faim, qui préside à la mastication des aliments, à la sécrétion salivaire, à la déglutition, à la production du suc gastrique, à l'action des fibres musculaires de l'estomac et des intestins, à celle des glandes biliaire et pancréatique, etc., n'est point la même que les lois

(1) Voyez Revue médicale, octobre 1837, août 1838, juillet 1839; Encyclographie, *locis suprà cit.* et ce qui précède.

qui régissent les fonctions respiratoire, circulatoire, exhalante, absorbante, etc.

De plus, outre ces lois particulières des organes, des appareils ou des fonctions, il existe une loi générale qui les coordonne toutes, qui les lie entre elles, qui en établit l'harmonie et le concours vers un but commun, l'existence matérielle de l'être; car de même qu'une fonction tout entière serait troublée ou ne saurait exister, si un seul de ses organes agissait mal ou n'agissait plus, de même l'ensemble des fonctions ou la vie offrirait un désordre plus ou moins grave ou s'anéantirait, si une seule de celles qui lui sont essentiellement liées venait à s'altérer plus ou moins profondément, ou à se suspendre tout-à-fait.

Ces considérations démontrent l'existence et la nécessité rigoureuse, non-seulement des lois physiologiques qui régissent notre organisation, mais encore des lois pothologiques qui la protègent contre l'action des agents morbifiques, ou qui s'opposent aux résultats de cette action.

Par cela seul, en effet, que la puissance vitale détermine et entretient toutes les fonctions organiques, elle doit être essentiellement et nécessairement conservatrice; car, comment pourrait-elle déterminer et entretenir ces fonctions au milieu des causes incessantes qui tendent à les altérer ou à les suspendre sans résister à ces mêmes causes et sans s'opposer à leurs effets?

Ainsi donc, ce que nous avons appelé *puissance vitale*, en considérant l'organisme physiologiquement, nous devons l'appeler *puissance conservatrice* en pathologie, et certes cette dénomination ne saurait paraître vaine à tout esprit non prévenu, si l'on observe attentivement la nature et le but évident de tous les phénomènes qui se manifestent dans l'état morbide, si l'on considère que la *maladie* est, comme nous l'avons vu dans notre mémoire précédent (1), une véritable fonction, qui, comme le démontrent les faits si nombreux des guérisons spontanées, tend invariablement à ramener à leur état normal les organes accidentellement altérés dans leurs actions vitales ou dans leur tissu, qui, en un mot, a pour objet la conservation de l'organisme.

Mais cette conservation ne peut s'effectuer au hasard; il faut qu'un certain ordre y préside; car sans cela les efforts de la puissance conservatrice, qui seraient alors variables et irréguliers, soit dans leur direction, soit dans leur intensité, etc., se montreraient plus nuisibles qu'utiles, et le but de cette puissance ne serait pas atteint.

On conçoit, en effet, que puisqu'une maladie est une réaction organique ayant pour objet de détruire ou d'expulser au dehors un agent morbifique ou d'en annihiler les effets (voyez notre mémoire précédent), il faut nécessairement que cette réaction soit électivement déterminée dans l'organe ou dans les organes où elle doit avoir lieu; il faut qu'elle se manifeste en temps opportun, qu'elle soit réglée dans son développement et dans sa marche, qu'elle se trouve dans de justes proportions avec l'action morbifique et les effets de cette action, et qu'elle s'y maintienne rigoureusement pendant tout le temps nécessaire pour que l'objet de la puissance conservatrice soit complétement rempli. Une réaction plus ou moins éloignée de l'organe dans lequel elle doit s'exercer pour se montrer efficace, serait sans effet comme sans but; tardive, elle serait inutile; prématurée, elle serait nuisible; enfin elle ne serait pas moins vaine ou dangereuse, si elle était trop faible ou trop intense, trop lente ou trop rapide, si elle s'arrêtait trop tôt, ou si elle était trop longtemps prolongée. Il faut donc qu'elle soit assujettie à des lois qui en règlent le siége, l'époque, la nature, l'intensité, la marche, le mode, la durée: c'est ce qui a lieu, en effet, comme le démontre l'ordre constant des phénomènes morbides dans les différentes espèces pathologiques; de sorte que l'on peut conclure que ces phénomènes sont déterminés par des lois invariables qui y président, et que, par conséquent, ces lois existent incontestablement, et qu'elles sont, pour l'objet de la puissance conservatrice, d'une nécessité rigoureuse.

Que deviendrait, en effet, un péripneumonique, s'il ne se développait en lui cette réaction générale qui prédispose le système cutané à une exhalation salutaire; la muqueuse pulmonaire à la sécrétion qui doit dériver l'inflammation primitive et l'y épuiser, ou la muqueuse nasale à cette hémorrhagie critique qui semble en entraîner au dehors tous les éléments? L'organe respirateur, incessamment engorgé, comme dans les cas graves où l'art et la nature demeurent impuissants, par l'effet d'autres lois tout aussi immuables que les lois conservatrices, n'amenerait-il pas promptement l'extinction de la vie?

Sans le malaise général, les douleurs contusives, la tendance au repos, et le dégoût qui accompagnent la gastrite, la douleur ou le sentiment de pesanteur épigastrique, et les paroxysmes fébriles qui surviennent après l'ingestion des aliments, sans la soif et l'appétence instinctive des boissons adoucissantes ou acides, cette affection ne se montrerait-elle pas souvent mortelle, et toujours rebelle et grave sous l'influence d'une locomotion inopportune, d'une alimentation trop abondante, et même du régime le plus ténu? Il y a donc encore ici une loi vitale nécessaire, qui modifie le sens du goût, et provoque la soif, le malaise, la douleur, pour forcer le malade à garder le repos, à suivre le régime le plus convenable, et à favoriser ainsi la réaction pendant qu'elle expulse, neutralise ou détruit l'agent morbifique, cause de tout le désordre, ou qu'elle en efface les effets.

Voyez un goutteux alors qu'il est en proie à toutes les angoisses d'une goutte vague, dont le principe, errant dans l'organisation, torture successivement tous les viscères; il passe alternativement par toutes les douleurs de la gastrite, de l'entérite, de l'asthme, de la cardite, du catarrhe suffocant, de la névralgie pulmonaire, de l'encéphalite, etc..., que va-t-il devenir?... Il meurt si une loi pathologique salutaire ne vient à son aide! Tout-à-coup, plus prompte que l'éclair, cette loi se manifeste dans les mouvements organiques qui lui sont propres; la réaction a lieu, le transport du principe goutteux s'effectue sur une ou plusieurs des articulations du système osseux

(1) Voyez la Revue médicale du mois de septembre 1840.

locomoteur, où son action ne peut compromettre la vie, et les fonctions en désordre rentrent subitement dans leur état normal.

Nous pourrions parcourir tout le domaine de la pathologie, et montrer dans chaque affection l'existence et la nécessité des lois particulières pour en abréger le cours, et en amener la terminaison heureuse. Mais devant nous borner, par la nature même de notre travail, à des considérations générales, nous ne ferons l'application de ce principe qu'à quelques-uns des cas pathologiques les plus remarquables, et qui en démontrent le plus évidemment la réalité.

Considérez l'introduction dans l'organisme des éléments hétérogènes que déterminent la plupart de nos maladies ; il est évident que ces éléments, qui ne peuvent ni s'y assimiler, ni y séjourner sans produire les plus graves désordres, doivent nécessairement en être expulsés. Or, cette expulsion ne peut être effectuée que par les organes eux-mêmes ; et, pour cela, leurs mouvements fonctionnels ont besoin d'être déterminés d'une certaine manière, et doivent être mis en rapport avec la nature des éléments à éliminer. Il faut donc des lois particulières qui président à ces éliminations, lois importantes, rigoureusement nécessaires, et sans lesquelles l'organisme succomberait sous l'influence des substances délétères qui y ont pénétré.

Voyez ce qui se passe dans ces cas où des corps étrangers, tels que des aiguilles, des fragments de bois, des corps même plus volumineux, des noyaux de fruits, etc., ont pénétré dans l'organisation ; quels mouvements réguliers président à leur expulsion plus ou moins prompte ! Avec quel soin la puissance conservatrice, qui les dirige, les éloigne des tissus organiques importants à la vie, pour les immerger dans le système cellulaire, qui n'a rien à redouter de leur action ! et avec quelle admirable précision on les voit se faire jour à travers le système cutané, qui est l'issue que la loi d'expulsion détermine d'une manière à peu près invariable !

La nécessité de cette loi se fait remarquer surtout dans les fièvres éruptives, où l'on voit les divers principes de ces affections produire un trouble fonctionnel plus ou moins profond, des symptômes plus ou moins graves, selon que la loi d'élimination qui leur est propre s'exerce avec moins ou plus de plénitude ou de facilité, et même déterminer la mort, toujours d'une manière rapide, si les mouvements organiques qui sont sous sa dépendance s'affaiblissent ou se suspendent tout à fait.

Toutes les phlegmasies par cause interne appartiennent à cette catégorie de faits pathologiques ; car toutes, en général, dépendent d'agents morbifiques qui exercent sur les organes où elles se manifestent une influence plus ou moins nuisible qui en trouble les fonctions. Il faut donc ici, comme dans les cas précédents, des modes particuliers de réaction organique, et par conséquent des lois qui y président ; et c'est, en effet, ce que l'on observe dans l'afflux de la puissance vitale, dans le développement de la réaction, et dans la sécrétion ou l'exhalation neutralisante ou expulsive qui l'accompagne ou qui la suit, comme on le voit si évidemment dans l'inflammation phlegmoneuse.

Les empoisonnements ne seraient-ils pas presque toujours mortels, si une loi d'élimination conservatrice ne développait, ne coordonnait, ne dirigeait cette foule de mouvements organiques qui déterminent l'expulsion du poison par les vomissements, les selles, l'exhalation cutanée, la sécrétion urinaire, comme on le voit dans l'empoisonnement par l'arsenic, ou bien qui produisent cette exhalation intestinale séro-muqueuse, qui, en même temps qu'elle enveloppe les molécules vénéneuses et s'oppose à leur action consécutive, épuise et éteint la phlegmasie qui en a été le premier effet ?

Voyez ce qui se passe dans l'apoplexie : quel concours, quelle harmonie d'actions vitales sont nécessaires pour en amener la guérison ! d'abord formation, organisation du kyste séreux qui doit envelopper le sang épanché et protéger contre son contact la substance cérébrale ; ensuite absorption de la sérosité de ce fluide, puis de son principe colorant, pour en diminuer le volume et par conséquent la compression qui en est l'effet ; enfin sa réduction à une certaine quantité de fibrine qui doit servir de moyen d'union dans la cicatrisation de la substance cérébrale déchirée par l'épanchement, et concourir ainsi au rétablissement des fonctions de l'encéphale. Qui ne serait saisi d'admiration à la vue de ces merveilleux phénomènes dépendant tous de cette puissance intérieure qui lie et coordonne ainsi tous ces mouvements organiques, sans lesquels l'apoplexie se terminerait toujours par la mort !

La même nécessité de modes particuliers d'actions vitales, et, par conséquent, de lois spécifiques qui les produisent et les dirigent, existe dans un grand nombre d'épanchements soit séreux, soit purulents, pour qu'ils se dissipent par les sueurs, les urines ou les selles, ou qu'ils soient expulsés au dehors à travers le tissu cellulaire sous-cutané, comme on le voit dans les abcès hépatiques et rénaux, ou par les voies pulmonaires, comme certains épanchements pleurétiques.

Enfin que dirons-nous des plaies, des fractures, de toutes les solutions de continuité ? Comment se guériraient-elles sans la loi de cicatrisation ?

Tout démontre donc, dans les divers états pathologiques, l'existence et la nécessité de lois particulières à chacun d'eux, pour la réparation des désordres que l'on y observe et le retour des mouvements fonctionnels à leur état normal.

Considérons un moment l'ensemble des actes physiologiques et pathologiques de cette puissance conservatrice sous l'influence de laquelle toutes ces lois salutaires s'exécutent ; rien n'est plus digne de nos méditations.

Qui est-ce qui dirige ces actes dont nous n'apercevons que les effets ? Quel est cet être intérieur qui y préside, qui détermine telles actions organiques utiles plutôt que telles autres nuisibles ? Car, enfin, il y a ici une puissance intelligente qui agit avec choix, qui produit et règle toutes ces actions. Comment les contractions musculaires, tous les déplacements du corps s'exécutent-ils avec la rapidité de la pensée, et avec une si étonnante précision, dans l'individu qui en ignore complétement le mécanisme ? Par la volonté, dira-t-on. Mais la volonté n'exécute pas ; elle ne fait que commander ; elle ne

saurait ni déterminer, ni diriger des mouvements dont le mécanisme lui est inconnu. C'est l'être invisible qui obéit; à qui cette détermination et cette direction appartiennent... et quel est cet être mystérieux? Quels sont ses rapports avec celui qui le tient pour ainsi dire sous sa dépendance, et qui cependant est moins puissant que lui?.... qui pourrait résoudre, qui oserait même aborder de si hautes questions de philosophie médicale?

Et si nous considérons les fonctions où la volonté n'a point de part, telles que la digestion, la circulation, l'absorption, la nutrition, qui comprend le développement des organes, la détermination de leur forme, de leurs rapports réciproques, de leurs dimensions respectives, qu'ils ne dépassent jamais, etc., fonctions dont le mécanisme est si compliqué, et qui pourtant s'exercent avec tant de régularité et d'exactitude, où en trouverons-nous la source intime, le premier moteur? Dans la puissance vitale?... Mais elle n'est elle-même qu'un agent secondaire qui subit les lois d'une autre puissance régulatrice à laquelle elle est soumise; et lorsque nous parlons de ses actes, c'est des actes de son directeur inconnu que nous voulons parler.

Dans l'état pathologique, nous pourrions nous adresser les mêmes questions pour tous les mouvements organiques réguliers, coordonnés pour un but commun dans toutes les maladies, et soumis à des lois constantes, que la puissance vitale exécute à la vérité, mais qui prennent plus haut leur source, c'est-à-dire dans les secrets de celui qui a tout réglé dans l'univers pour l'existence des êtres qu'il a créés, et pour la durée de cette existence dont il a lui-même déterminé les limites.

C'est assez dire combien ces lois sont nécessaires pour la conservation de notre vie matérielle dans toutes les maladies qui atteignent notre organisation. Elles le sont, en effet, tout autant dans l'état pathologique pour la guérison de ces affections morbides, que dans l'état physiologique pour l'entretien de la santé. Si celles-ci déterminent les fonctions organiques, la vie, celles-là président à la conservation de l'organisation, en produisant toutes les actions vitales qui la rétablissent dans son état normal.

Mais une loi pathologique, ou l'ordre de développement et de terminaison d'une maladie, doit nécessairement varier selon la nature de l'affection, l'organe qui en est le siége, et la cause qui l'a produite; car les mouvements organiques curatifs ou réparateurs ne peuvent être les mêmes dans ces différentes circonstances. De plus, l'âge, le sexe, la manière de vivre, la constitution individuelle, la profession, les maladies antérieures, le climat, la saison, etc., etc., doivent aussi y déterminer une foule de modifications diverses, puisqu'ils en produisent de si nombreuses dans les actions organiques par lesquelles cette loi doit s'exercer; et voilà pourquoi les lois pathologiques offrent ces innombrables variétés, ces maladies apparentes, infinies, que l'on observe dans la pratique de l'art et qui font le désespoir des nosographes.

Aussi n'avons-nous pas la folle prétention de les étudier dans leurs individualités, ni de suivre dans tous ses mouvements et dans tous ses effets la puissance qui réside au dedans de nous pour préserver notre organisation des atteintes des nombreux agents qui la menacent sans cesse, ou pour dissiper les résultats morbides de leurs actions; car qui pourrait dévoiler tant de secrets ressorts, tant de phénomènes mystérieux qui se passent dans nos organes pour la conservation de notre être? Qui pourrait, lorsque l'organisation tout entière est comme bouleversée, que tout en elle est en apparence dans le plus grand désordre, que toutes les fonctions, sorties de leur type normal, semblent ne présenter que trouble et confusion, qui pourrait, disons-nous, pénétrer dans l'intérieur de nos tissus, suivre de l'œil, pour ainsi parler, ces mille et mille actions diverses qui s'y confondent, saisir leurs rapports réciproques, et remonter ainsi aux lois primitives qui les déterminent et en sont les régulateurs?

Mais nous nous proposons seulement, au milieu de ces lois pathologiques infinies comme les actions morbifiques qui en provoquent l'exercice, d'étudier les plus générales, les plus apparentes, les plus faciles à observer, et surtout leurs phénomènes principaux, ceux qui en sont les résultats définitifs, le but, l'objet essentiel, et comme l'expression la plus évidente; car, en dernière analyse, ce sont ces phénomènes qui sont les produits salutaires de tous les efforts de la nature; c'est pour les déterminer qu'elle met en jeu un si grand nombre d'agents, et leur connaissance est la seule qu'il nous soit réellement utile d'acquérir.

Et comme, pour nous livrer avec fruit à une pareille étude, pour considérer un si vaste sujet sous toutes ses faces, il nous faut adopter un certain ordre, et que la méthode, cette ressource si féconde, ce soutien si essentiel de l'esprit humain dans toutes ses investigations, nous est ici plus que partout nécessaire, nous diviserons les lois pathologiques en quatre classes; la première comprendra celles qui sont relatives aux causes des maladies; nous renfermerons dans la deuxième celles qui se rapportent à leur début; la troisième se composera des lois qui ont pour but de régler leur marche; enfin la quatrième contiendra celles qui président à leurs terminaisons. Chacune de ces classes sera l'objet de considérations particulières, et comme l'espace qui nous est accordé dans ce journal ne nous permettrait pas de donner dans son entier notre premier mémoire, qui, par là, se trouverait interrompu, et par conséquent les idées qu'il doit renfermer désunies, lorsqu'il est si nécessaire, dans une pareille matière, que la chaîne n'en soit point brisée, nous sommes forcé de nous borner, dans celui-ci, aux considérations générales que nous venons d'exposer.

(*Revue Médicale*, sept. 1840 et juin 1841.)

B. CLINIQUE DES HOPITAUX, DES MATERNITES ET DES MAISONS ALIÉNÉS.

37. *Collection de faits cliniques sur diverses maladies de la tête.* (*Cancers orbitaires, cataractes, fistule lacrymale, ulcères rongeants, polypes des fosses nasales, multilations de la la face et restauration des lèvres, kyste de la joue, ankylose temporo-maxillaire, cancer des lèvres; guérisons de surdité, commotion cérébrale*); par le docteur PAYAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, etc.

(Suite. — Voir le numéro de septembre.)

§ III. — *Histoire, traitement et guérison d'une fistule lacrymale.*

Que n'a-t-on pas dit, que n'a-t-on pas écrit sur le traitement de la fistule lacrymale? Quand, en ouvrant un livre de pathologie chirurgicale, on veut y trouver des préceptes contre cette maladie, il y a vraiment lieu d'être embarrassé sur le choix de la méthode à suivre, tant elles sont nombreuses, différentes, et souvent peu sûres dans leurs résultats. C'est un véritable dédale qui, certainement, n'est pas propre à faire arriver plus vite au but que l'on veut atteindre. On dirait que, pour se donner le plaisir de la nouveauté, les chirurgiens, en diverses époques, se sont évertués à créer des procédés differents de ceux précédemment connus, et que même, en certains temps, c'était à qui les produirait plus compliqués, plus ingénieusement laborieux.

Tout cela ne rapprochait pourtant pas davantage d'une bonne solution de la question curative que l'on cherchait à résoudre; on s'en éloignait même peut-être d'autant plus qu'on se jetait davantage dans les complications; car nous croyons qu'il en est de cette maladie comme de bien d'autres où la chirurgie est invoquée, c'est-à-dire que pour arriver plus tôt et plus sûrement à la guérison, il faut chercher la voie la plus simple, celle qui vient se présenter le plus naturellement à l'esprit. Nous n'avons pas encore, il est vrai, beaucoup d'observations de fistules lacrymales à l'appui de ces quelques assertions, parce que cette maladie ne s'est pas encore souvent présentée dans notre pratique. Toutefois, celle que nous allons relater pourra les légitimer suffisamment. La facilité de la guérison, la simplicité de l'appareil employé pour la produire, lui donneront, je pense, un intérêt réel.

OBS. — Je fus appelé, le 13 décembre dernier, pour voir mademoiselle A..., qui se plaignait d'une petite tumeur qui s'était développée vers le grand angle de l'œil. Déjà depuis plus d'un mois et demi, il avait semblé à la malade que l'œil droit était plus humide qu'à l'ordinaire, que les larmes coulaient plus facilement sur la joue du même côté, que la narine droite était un peu plus sèche qu'avant. Depuis cette époque encore, il y avait, vers le grand angle de l'œil droit, sensation d'un peu de chaleur, de démangeaison, d'engourdissement. Plus tard était survenu de l'empâtement et de la tuméfaction, et, quand on pressait sur le grand angle de l'œil, on voyait refluer, par les points lacrymaux, un liquide un peu trouble, qui n'était que le liquide qui avait séjourné dans le sac lacrymal, et qui s'y était altéré. Cette tuméfaction sur le grand angle fit ensuite des progrès, et, vers la fin, quand je fus appelé, elle était assez prononcée, ressemblait à un gros pois un peu aplati, était douloureuse, distendue, et la peau du sommet commençait même à blanchir un peu.

Le diagnostic ne me présenta aucune difficulté; j'avais affaire à une tumeur bien évidemment lacrymale, formée par l'accumulation du liquide qui, ne pouvant plus passer par le conduit nasal obstrué, avait distendu les parois du sac, et les avait peu à peu amincies. Je jugeai convenable de conseiller un cataplasme émollient sur le grand angle de l'œil.

18 décembre. La petite tumeur s'est ouverte spontanément la nuit précédente. Il s'est établi dès-lors une communication avec l'intérieur du sac par une petite ouverture placée sur le devant de la tumeur lacrymale. Il y a eu dès ce moment encore formation d'une véritable fistule lacrymale.

Pendant quelques jours encore, des topiques émollients furent appliqués sur la tumeur, sans tendance vers la guérison. Quelques injections détersives furent aussi inutilement faites. D'un autre côté, la malade me demandant avec instance de hâter sa guérison, je dus me demander par quelle voie je pourrais plus tôt et plus sûrement y parvenir. Le larmoiement qui avait précédé la tumeur lacrymale, cette tumeur lacrymale elle-même, la fistule qui s'en était suivie, la sécheresse de la narine de ce côté, ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une obstruction du canal nasal comme cause de tout le mal. C'est alors que purent se présenter à nous les nombreux procédés imaginés pour faire cesser cette obstruction.

Devions-nous tenter d'employer la méthode antiphlogistique plus largement que nous ne l'avions fait par l'application des cataplasmes émollients? C'est-à-dire, devions-nous faire mettre des sangsues dans les narines, vers la racine du nez, dans le sillon naso-jugal; ou bien les dérivatifs sur le tube digestif, les vésicatoires à la nuque, au bras, un seton même derrière le cou, devaient-ils être préférés? Le désir pressant de la malade de guérir promptement, d'une part, et la longueur obligée et même l'incertitude des résultats du traitement furent cause que nous ne nous arrêtâmes pas beaucoup à l'idée de ces moyens. Il est bien entendu également que nous ne songeâmes pas non plus à recourir au procédé d'Anel, qui, comme on le sait, cherchait à désobstruer les voies lacrymales, tantôt à l'aide d'un cathétérisme des conduits lacrymaux opéré avec un

stylet très-fin, tantôt à l'aide d'injections détersives, ou douées de quelque autre propriété médicammenteuse, faites par les points lacrymaux, parce que nous savions que ce sont des opérations difficiles, impossibles quelquefois, par le resserrement spasmodique et vital du tissu contractile des conduits lacrymaux, et qui rarement doit atteindre le but qu'on se propose, pas plus qu'aux procédés de Laforest, Lallouel, ou de M. Gensoul, etc., qui tendent à désobstruer les voies lacrymales de bas en haut, en pénétrant par l'orifice inférieur ou nasal du canal nasal, parce que toutes ces manœuvres, très-faciles à appliquer sur le cadave, ne me paraissent pas susceptibles de beaucoup d'applications pour désobstruer ce canal, et que peut être personne encore n'a employé de pareils moyens. Nous simplifiâmes tout autrement la raison de notre traitement : comprenant que tout le mal consistait dans une obstruction du canal nasal, l'idée de forcer le passage obstruant par un corps dilatant se présenta immédiatement à nous. Il nous parut même que l'orifice spontané qui s'était formé au-devant de la tumeur pourrait avantageusement nous servir dans ce but.

Ne croyez pas pourtant que nous ayons voulu recourir alors, ni au fil Méjan laissé en permanence dans le canal, ni aux diverses mèches ou sétons qui, passés difficilement dans le canal, ne pouvaient, par leur présence, que fatiguer la membrane muqueuse et l'enflammer davantage. Nous aurions plutôt préféré à tous ces moyens la simple canule de Dupuytren, si l'idée n'en eût déplu considérablement à la malade, si nous n'avions eu occasion de lui reconnaître des inconvénients réels, tel que celui de ne pouvoir être quelquefois supportée, comme on l'a remarqué, et celui encore d'opérer la perforation de la voûte palatine, comme il me souvient d'en avoir vu un exemple remarquable pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu d'Avignon, si, pour mieux dire, nous n'avions cru pouvoir agir plus convenablement, tout en recourant à la dilatation directe. Voici donc quel parti nous résolûmes de prendre : une ouverture apparente, lorsque la croûte qui la recouvrait était détachée, nous conduisait dans le sac lacrymal, au fond duquel se trouvait nécessairement l'orifice supérieur du canal nasal; introduire alors l'extrémité d'une bougie en gomme élastique, ayant à peu près 2 millimètres de diamètre, nous parut une idée plus simple et en même temps plus rationnelle. Nous pensâmes encore à associer à ce moyen les injections détersives et stimulantes à la fois.

Nous commençâmes donc par injecter dans le sac lacrymale, avec une seringue de petite dimension, une solution légère de nitrate d'argent cristallisé, dans la proportion de 15 centigrammes de celui-ci pour 30 grammes d'eau distillée. La cavité du sac étant bien détergée par ce moyen, nous portâmes dès-lors l'extrémité de la bougie vers l'orifice du canal nasal.—C'était le 4 janvier 1841.

Nous reconnûmes bientôt que le passage de celle-ci était empêché par un obstacle d'une vive sensibilité. En pressant cependant modérément, l'obstacle fut franchi, l'extrémité de la bougie apparut dans la narine, et nous pûmes reconnaître, par le défaut de tout autre obstacle, que le siége de l'obstruction se trouvait à la partie supérieure du canal. Nous coupâmes la bougie à 3 centimètres en dessus de la fistule, et engageâmes la malade à la laisser en place pendant deux heures.

Il devint nécessaire de l'enlever plus tôt parce que, au bout d'une heure, une céphalalgie assez forte vint à se déclarer. Cette circonstance nous fit présumer que probablement la canule métallique n'aurait pas été supportée. Au reste la céphalalgie se dissipa dès que la bougie eut été enlevée.

Le lendemain, je me contentai de faire des injections argentifères sans remettre la canule. Il ne passa point de liquide dans la fosse nasale.

6 janvier. Nouvelle injection détersive qui fait sortir une certaine quantité de matière purulente. Nouvelle introduction de la bougie qui ne pénètre pas plus facilement que la première fois dans le canal nasal. Mais elle fut gardée pendant deux heures complètes. La céphalalgie fut très-modérée.

7 janvier. Même répétition : l'obstacle est franchi avec moins de douleur et moins de difficulté.

9 janvier. Injection argentifère; introduction de la bougie; immédiatement après, quand la voie est faite, retrait de la bougie, injection dans le canal du liquide argentifère, lequel ressort par le nez. Réintroduction de la bougie qui, ce jour là, fut laissé à demeure pendant quatre heures.

10 janvier. L'obstacle est déjà bien plus facile à franchir et moins douloureux.

13 janvier. Par la seule impulsion de la seringue, le liquide passe cette fois en partie dans le nez. Ceci fut pour nous de bon augure, en nous annonçant un grand progrès vers la guérison. Nous introduisons néanmoins encore la bougie, qui est gardée quatre heures.

14, 15 et 16, janvier. Injections encore continuées et placement de la bougie dans le canal nasal.

23 et 24 janvier. Le liquide de l'injection passe déjà facilement dans le nez. La malade devant aller passer quelques jours à Marseille, nous cessons et les injections et le cathétérisme nasal, et lui faisons espérer que tout sera peut-être fini par là ? Nous recommandons toutefois d'exercer de temps en temps un peu de pression, avec la pulpe du doigt, sur le grand angle de l'œil, afin d'éviter une nouvelle distention du sac, et afin encore de faciliter le passage de ce liquide par le canal nasal.

29 janvier. Nous voyons la malade à son retour : il n'y a plus de tumeur au grand angle de l'œil; l'orifice fistuleux est cicatrisé ; tout indique que la voie est restée libre. Nous prescrivons néanmoins, comme moyens préventifs, quelques pédiluves synapisés, un vésicatoire au bras, à cause de la disposition un peu lymphatique de la malade, un collyre avec une faible dissolution de nitrate d'argent cristallisé.

15 et 25 février. Nouvelles visites à la malade pour constater son état. Elle a négligé de faire usage du collyre; la guérison s'est maintenue; il n'y a plus de tumeur lacrymale ; la fistule est complétement cicatrisée ; la guérison ne paraît rien laisser à désirer.

Il est facile de reconnaître, d'après cet exposé, quelle est la raison du traitement qui m'a dirigé.

On voit que j'ai employé à la fois une médication détersive et modificatrice qui devait agir sur la vitalité même des tissus, et une méthode dilatante ; il m'a semblé que je réunissais, dans cette manière de faire, les indications les plus importantes qui se présentaient pour le traitmeent. — On sait combien sont efficaces les solutions du nitrate d'argent contre les phlegmasies muqueuses purulentes ; il y avait donc indication précise de les employer contre l'inflammation suppurative de la membrane muqueuse du sac lacrymal. Elles pouvaient encore être avantageuses contre la partie coarctée, en modifiant utilement la phlegmasie dont la muqueuse du canal pouvait être le siége. Donc les injections argentifères devenaient ici un accessoire avantageux de la dilatation.

On aura remarqué que, pour produire celle-ci, je me suis adressé au moyen le plus simple qui pût se présenter à moi, et qui est à la disposition de tout le monde, je veux dire à une bougie en gomme élastique, assez résistante, et que j'avais un peu recourbée pour mieux l'accommoder à la direction du canal nasal.

N'ayant pas eu souvent encore des fistules lacrymales à traiter dans ma pratique, c'est la première fois que j'ai eu recours à l'emploi combiné des injections avec une solution argentifère et de la dilatation temporaire. Cependant, quoique le succès unique que j'ai obtenu soit peut-être insuffisant pour recommander puissamment la méthode curative que j'ai suivie, elle paraît propre à fixer l'attention des praticiens, des praticiens surtout qui, exercerçant dans les petites localités, ont toujours sous la main les moyens qui m'ont servi. Beaucoup d'entre eux, en effet, n'osent pas entreprendre un traitement chirurgical de la fistule lacrymale, parce que, pour atteindre avec la pointe d'un bistouri l'entrée du canal nasal, afin d'y passer une canule, par exemple, il faut encore assez de dextérité et surtout assez d'habitude de l'anatomie de cette région pour ne pas risquer de se fourvoyer. Or, un pareil danger ne saurait exister avec la bougie en gomme élastique. Celle-ci doit être assez résistante pour forcer l'obstacle ; une fois introduite par l'ouverture fistuleuse, elle tend à s'engager par une pression modérée dans le conduit obstrué. Ainsi, la dilatation temporaire avec un bout de bougie en gomme élastique qu'on engage dans le canal nasal, combinée avec les injections d'une solution de nitrate d'argent, nous paraît un moyen fort utile de traiter les fistules lacrymales, au moins dans un certain nombre de cas.

§ IV. — *Ulcères rongeants de la face réputés cancéreux ou inutilement traités pendant longtemps, guéris rapidement ensuite par les médications appropriées.*

J'ajourne à une autre époque de relater quelques observations assez remarquables d'esthiomène ou *lupus* qui se rapportent à des cas de ces tenaces maladies, dont, malgré leur longue durée, il a été possible en assez peu de temps de se rendre maître. Je me propose d'en faire l'objet d'un travail particulier qui sera publié un peu plus tard.

Il ne sera pas toutefois dénué d'importance de rencontrer d'autres observations relatives à des ulcères de mauvaise nature, à marche rongeante, remarquables par leur longue durée, leur ténacité contre les traitements que d'autres médecins avaient cru devoir employer, et qui cependant ont pu guérir, et même sans trop de peine, lorsque le traitement qui devait réellement leur convenir a été appliqué.—La première observation se rapporte à une malheureuse femme, longtemps délaissée par les hommes de l'art, qui, la croyant atteinte d'un cancer rongeant de la face, la regardaient comme vouée à une mort certaine et prochaine, tandis que l'étude plus attentive de la cause réelle du mal vint mettre sur la voie du traitement spécifique convenable et de la guérison.—La seconde a pour objet une autre femme qui, atteinte aussi d'un large ulcère au front, affectant des formes cancéreuses, mais reconnu être d'une nature syphilitique, a cédé à l'usage d'une solution de deuto-chlorure de mercure appliquée localement, après avoir résisté à des traitements très-rationnels.—La troisième est relative à un ulcère ancien et de mauvaise nature, siégeant à la lèvre supérieure, et présentant tellement les apparences du cancer, que deux médecins recommandables nous l'avaient adressée pour qu'on procédât l'extirpation du prétendu bouton cancéreux, tandis que nous le fîmes disparaître facilement par un traitement approprié et anti-syphilitique. — La quatrième enfin concerne encore une ulcération fort ancienne du nez, avec carie, qui, rebelle à bien des moyens antérieurs, céda assez rapidement à un traitement par les préparations d'or.

Ces observations pourront servir à démontrer combien il importe de chercher à découvrir avant tout la cause qui peut entretenir ces maladies si rebelles ; combien quelquefois celles-ci, qui avaient été trop légèrement jugées incurables, avancent rapidement vers la guérison, lorsque une plus grande attention a mis sur la voie du véritable traitement.

Ulcère rongeant du nez, longtemps réputé cancéreux, et rapidement guéri par les anti-syphilitiques.

Obs. I. — La femme N...., âgée de 52 ans, était venue à plusieurs reprises à l'hôpital dans ces dernières années, pour s'y faire traiter d'une ulcération qui s'était fixée à la racine du nez, et qui, après avoir rongé en ce point la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et avoir carié et perforé les os nasaux, avait formé, par conséquent, un passage jusque dans les fosses nasales. La maladie ulcéreuse paraissait aussi s'être étendue dans la profondeur des fosses nasales, car la voix et la parole étaient très-altérées, très-nazillardes.

Je ne sais quelles médications avaient été tentées sur elle ; mais, ce que je n'ignore pas, c'est qu'elle s'était habituée à considérer sa plaie comme étant de nature cancéreuse, comme étant incurable par la difficulté et l'impossibilité d'atteindre, par l'instrument ou les caustiques, le mal dans toute son étendue. La malade était donc reléguée dans la classe des incurables.

Cette femme qui, depuis un certain temps, avait été habiter la ville, vint un jour nous consulter, sur la recommandation d'un administrateur des hospices, pour tâcher d'obtenir enfin quelque soulagement. C'était à peu près vers le milieu de juin 1838. Nous explorâmes alors cette plaie avec la plus grande attention, et nous interrogeâmes, en outre, avec soin, la malade sur son passé, pour tâcher de reconnaître la cause à laquelle nous pourrions rapporter cette affection si rebelle et si grave par ses progrès destructeurs.

Nous apprîmes alors que la maladie avait plus de deux années d'existence ; qu'elle avait commencé sous la forme d'un petit abcès qui s'était ouvert vers la racine du nez ; que la plaie, une fois ouverte, au lieu de se cicatriser, avait continué à suppurer ; qu'elle avait gagné même en profondeur au point de perforer les os nasaux et la muqueuse olfactive. — Continuant ensuite nos investigations, nous apprîmes que la malade avait eu dans le temps une conduite qui n'avait pas été des plus régulières, qu'elle avait gardé pendant assez longtemps une vaginite blennorrhagique, gagnée par un commerce illicite, etc.

Cet aveu, que probablement elle n'avait point fait encore, nous mit presque instantanément sur la voie de la guérison, ou du moins du traitement que nous devions adopter. Nous pensâmes que nous devions considérer cette plaie comme symptomatique d'une infection vénérienne constitutionnelle, et que le moyen d'en arrêter la marche serait de s'adresser, sans plus de retard, à un traitement spécifique approprié au cas en question. Nous engageâmes alors la malade à rentrer à l'hôpital, ce à quoi elle consentit de bon cœur, lorsque nous eûmes fait naître en elle l'espoir d'une guérison qu'elle ne se croyait plus en droit d'obtenir.

Nous sommes assez dans l'habitude, de même que nos confrères de l'hôpital d'Aix, quand une constitution est profondément infectée par un vice syphilitique, quand, par suite, la maladie se produit par des symptômes insolites qui supposent nécessairement une viciation profonde et invétérée de tout l'organisme, de donner la préférence, pour le traitement, à celui dit arabique, et qui, très-usité dans nos contrées, consiste dans la prescription des pilules dites arabiques, de l'opiat arabique, d'une tisane sudorifique, qui constitue la seule boisson permise aux malades pendant toute la durée du traitement ; et enfin de la diète sèche, régime alimentaire ainsi dénommé, parce qu'il ne consiste qu'en galettes, raisins secs, noix, figues sèches, amandes torréfiées. Et cette pratique est vraiment couronnée de trop de succès, pour ne pas être étonné qu'elle ne soit pas plus universellement adoptée.

Ce fut effectivement à ce mode de traitement que nous soumîmes cette femme ; et après qu'elle l'eut suivi pendant 28 jours sans discontinuer, nous dûmes le suspendre à cause de la salivation mercurielle qui survint. Déjà, au reste, l'amélioration était sensible et même remarquable ; nous voyions avec satisfaction que nous avions enfin trouvé la véritable cause du mal, et par suite le traitement curatif.

Au 2 août, 18 jours après la suppression du traitement, la malade y fut encore soumise, en diminuant un peu la dose des pilules arabiques, qui contiennent du mercure, afin d'éviter une nouvelle irruption de ptyalisme ; et cette fois le traitement fut encore continué pendant une vingtaine de jours.

La malade n'eut qu'à se louer de sa constance à poursuivre le traitement. Les bons effets qu'il produisait se faisaient en quelque sorte journellement remarquer. Bientôt la suppuration de l'ulcère nasal se tarit, l'odeur désagréable qui s'en exhalait s'arrêta, la cicatrisation de ses bords s'opéra régulièrement. Et lorsque le traitement fut suspendu, le 13 septembre, on n'apercevait plus de suppuration ; à la place de l'ulcère, on voyait seulement un trou à bords cicatrisés, assez étroit et que cette femme avait la précaution de couvrir d'un morceau de taffetas d'Angleterre ; son état est depuis resté stationnaire.

Il faut dire aussi qu'à mesure que le traitement se complétait, la voix tendait à reprendre ses qualités normales.

Tout indique, jusqu'à ce jour, que la guérison sera aussi durable que solide.

Ulcère frontal syphilitique et rongeant, très-ancien ; applications locales d'une dissolution de sublimé ; guérison prompte.

Obs. II. — Le 4 janvier 1835, nous fûmes consulté par la femme J., qui, ayant appris que nous étions arrivé récemment dans Aix, désira savoir de nous si nous ne saurions pas quelque moyen de la délivrer d'une large plaie que, depuis plus de trois ans, elle portait à la partie latérale droite du front, sans que beaucoup de traitements qu'elle avait employés eussent pu en amener la guérison.

Ce large ulcère, occupant le siége que nous avons indiqué, avait une étendue de 7 ou 8 centimètres dans le sens transversal, sur 4 centimètres de largeur ; il était recouvert d'une humeur sanieuse, grisâtre, fétide ; creux vers la partie centrale, il présentait des bords saillants, irréguliers, qui simulaient les formes cancéreuses, et la peau qui avoisinait était d'une couleur qui tirait sur le rouge cuivré.

Quoique nous ne connussions pas, à cette époque, la vie libertine que cette femme, alors âgée de plus de 50 ans, avait pendant longtemps menée, il nous fut facile de reconnaître, à l'allure de sa plaie, que celle-ci tenait à une origine syphilitique. C'était donc du stygmate honteux et très-apparent d'une honteuse vie qu'elle voulait se faire débarrasser.

Toutefois le traitement curatif ne paraissait pas facile à indiquer. En effet, la malade avait pris, et avec constance, tantôt les pilules de Dupuytren, tantôt la liqueur de Van Swieten dans le lait ; les préparations d'or, les décoctions de salsepareilles, des purgatifs longtemps répétés, des touches minérales qu'elle faisait tomber sur un ulcère, des topiques divers, même le cérat mercuriel avaient été aussi employés. On pouvait même comprendre, d'après sa narration, que ces traitements avaient été suivis pendant le temps qu'on exige ordinairement pour pouvoir les déclarer suffisants.

Je dus me demander dès-lors par quels moyens je pourrais espérer de triompher d'un mal si rebelle,

quoique traité rationnellement plusieurs fois. Quelques faits, dont j'avais été témoin, touchant les heureux résultats obtenus par les applications locales d'une dissolution de deuto-chlorure de mercure, me firent penser à recourir à ce moyen, tandis qu'intérieurement la malade prendrait une tisane sudorifique. Je crus inutile de conseiller encore des mercuriaux à l'intérieur, puisqu'elle en avait fait un abondant usage.

Je prescrivis donc un mélange de deux parties de liqueur de Van Swieten et une d'eau distillée pour l'usage extérieur. Il était recommandé à la malade de lotionner sa plaie soir et matin avec ce liquide, et de la tenir constamment recouverte de charpie qui en serait imbibée.

La malade exécuta ponctuellement mes conseils; elle y était encouragée, non-seulement par la grande envie qu'elle avait de guérir, mais encore par l'amélioration qui ne tarda pas à se faire remarquer. Bientôt, en effet, par le contact permanent de la liqueur spécifique, on put voir le font de l'ulcère se modifier, changer d'aspect, se rétrécir.

Dès le vingt-sixième jour de ces applications, une cicatrice régulière de bonne nature remplaçait cet ulcère, que plusieurs années d'existence semblaient avoir marqué du sceau de l'incurabilité. La guérison ne s'est pas démentie depuis lors.

Ne pourrait-on pas induire de ce fait et de quelques autres analogues que je possède que certains ulcères, quoique développés sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, viennent à contracter ensuite, par une longue durée, une existence indépendante en quelque sorte de l'affection originaire et par laquelle on expliquerait l'insuffisance des médicaments internes et la nécessité de donner la préférence à un traitement local, surtout à l'application locale d'une dissolution de sublimé corrosif, telle que nous la conseillâmes dans ce cas? Quoi qu'il en soit de cette explication, il n'en est pas moins remarquable que, dans l'espace limité de 28 jours, nous ayons pu voir la fin d'une plaie hideuse, dont bien des traitements antérieurs n'avaient pu procurer la guérison, et que de simples fermentations d'une liqueur aqueuse, tenant en dissolution du sublimé corrosif en proportions convenables, conjointement avec l'usage de quelques boissons sudorifiques, aient pu procurer ce que des traitements généraux bien coordonnés n'avaient point donné, savoir : la guérison.

Ulcère de la lèvre supérieure réputé concéreux et guéri par un traitement anti-syphilitique.

Obs. III. — Vers la fin de la première huitaine de mars 1840, se présenta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un garde-forestier, robuste, ancien militaire, qui, depuis plus de quinze mois, portait une ulcération suspecte à la lèvre supérieure. Celle-ci avait débuté à peu près à la manière des boutons cancéreux, et, malgré des topiques divers, avait pris peu à peu le développement que nous lui trouvions alors. Ainsi, elle avait l'étendue d'une pièce d'un demi-franc, était entourée et supportée par des tissus indurés, comme squirrheux : quelques douleurs lancinantes même s'y faisaient de temps en temps sentir. On eût réellement dit, à l'aspect du mal, que nous avions affaire à un véritable bouton cancéreux ulcéré. C'est même parce que le médecin qui l'avait vu le plus habituellement avait eu une pareille opinion, qu'il l'avait adressé de Lafare, lieu de sa résidence, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, pour qu'il y fût soumis à l'extirpation de cette tumeur. Un de nos plus honorables confrères d'Aix, à qui le malade s'était d'abord présenté, avait, sur un premier examen trop superficiel, cru devoir partager cette même manière de voir.

Ce malade ayant été reçu dans les salles de l'Hôtel-Dieu, nous nous occupâmes d'abord de reconnaître jusqu'à quel point l'excision de la tumeur devait être le véritable mode de traitement curatif, et si celle-ci était d'une nature aussi évidemment cancéreuse qu'on l'avait pensé. Pour asseoir plus sainement notre jugement à ce sujet, nous interrogeâmes le malade sur son passé, et nous apprîmes de lui que réellement il avait eu, quatre ou cinq ans auparavant, deux chancres, pour lesquels il n'avait fait qu'un traitement insignifiant. Nous soupçonnâmes dès-lors, et nous présumâmes fortement que la maladie, quoique affectant des formes cancéreuses, pourrait bien n'être qu'un symptôme d'une syphilis constitutionnelle invétérée, et il nous parut convenable, d'après cet indice, d'employer avant tout une médication spécifique, anti-vénérienne.

Nous formulâmes donc, le 12 mars, en faisant la visite des malades, les prescriptions suivantes, savoir : 1° Deux pilules de Sédillot, à prendre une matin et soir; 2° frictions sur la partie interne de la lèvre supérieure et dans le voisinage de la tumeur, avec un décigramme par jour de proto-chlorure de mercure, ou calomel, à la vapeur; 3° tisane concentrée de salsepareille; le tout suivant l'usage; augmentation progressive des pilules jusqu'à quatre par jour.

Il ne fallut pas bien longtemps pour reconnaître combien cette médication se trouvait appropriée à la maladie que nous traitions. Une amélioration notable se fit prochainement remarquer. La résolution de la tumeur s'opérait d'une manière sensible, et l'ulcère se modifiait aussi notablement en bien.

Le 4 avril, vingt-deuxième jour du traitement, suspension des pilules et des frictions de calomel, à cause du ptyalisme qui s'était déclaré; la tisane de salsepareille est néanmoins continuée. Nous pouvions déjà, au reste, noter un mieux remarquable; nous étions évidemment sur la véritable voie de la guérison.

Pendant la période de suspension d'une partie du traitement pour la cause que nous avons désignée, le ptyalisme, l'amélioration continua ses progrès, et, dès le 26 avril, quarante-quatrième jour de séjour à l'Hôtel-Dieu, la guérison était complète.

Quand le malade nous quitta, vers la même époque, nous fîmes emporter une trentaine de pilules de Sédillot, qu'il devait prendre, par précaution, au nombre de deux encore chaque jour.

Nous savons d'une manière certaine que la guérison, qui lui fut ainsi obtenue sans opération, ne s'est point démentie.

Il n'est pas douteux que, si nous ne nous fussions

fié qu'aux seules apparences, et si nous avions apporté trop de précipitation dans notre jugement, nous n'eussions, comme nos confrères, cru à la nécessité de l'ablation, par l'instrument tranchant, de la tumeur labiale réputée par eux cancéreuse. Nous aurions pourtant risqué fortement de ne pas obtenir par ce moyen une guérison complète; car la maladie constitutionnelle ou le vice syphilitique se serait fait jour, d'après bien des probabilités, de quelque autre manière.

Carie et nécrose des os nasaux, avec ulcère fistuleux; traitement par les préparations d'or; guérison.

Obs. IV. — Une femme de Gardane, forte, quoique lymphatique, âgée de 34 ans, entra comme pensionnaire à l'Hôtel-Dieu d'Aix, dans les premiers jours de janvier 1839, pour s'y faire traiter d'une affection très-rebelle qu'elle portait au nez depuis près de deux ans. Son nez était déformé, plus volumineux que dans l'état normal, un peu aplati à sa région dorsale. Il présentait vers son milieu une plaie fongueuse, suppurante, conduisant par un point fistuleux jusque dans les fosses nasales, et communiquant aux os nasaux par quelques autres. Il s'écoulait aussi, par les fosses nasales, un pus grisâtre, quand la malade se mouchait. Ajoutons que quelques parcelles osseuses provenant des os nasaux avaient été entraînées par la suppuration.

C'était évidemment une ulcération compliquée de de carie et même de nécrose des os nasaux que présentait cette femme. Seulement, ces symptômes morbides s'accompagnaient encore d'un état fluxionnaire et suppuratif local.

Pendant les deux ans de durée de la maladie, les remèdes n'avaient pas manqué à cette femme; ils avaient été pris principalement dans la classe des anti-syphilitiques ou des anti-scrofuleux. Mais, soit que le choix n'en eût pas été conforme à son état, soit qu'elle n'eût pas apporté toute l'assiduité convenable à les prendre, ils n'avaient point produit de résultat avantageux.

Lorsqu'on questionna cette femme sur sa vie passée, pour reconnaître à quelle cause il fallait attribuer le mal qui depuis si longtemps la tourmentait, elle déclara que réellement, quelque temps avant qu'il parût, elle avait eu un écoulement blennorrhagique qu'elle avait lieu de croire virulent, et que cependant elle n'avait pas fait soigner. On crut dès lors devoir juger, non sans raison, que la maladie du nez pouvait bien, elle aussi, être le symptôme de quelque syphilis constitutionnelle dont la blennorrhagie virulente aurait été le début. Peut-être aussi, à cause du tempérament lymphatique de la malade, son affection tenait-elle à la fois d'un vice syphilitique et d'un vice humoral.

Quoi qu'il en soit, faisant attention à l'inutilité des moyens qui avaient été jusque là administrés; considérant qu'elle avait employé sans résultat, même le traitement arabique, ordinairement si efficace dans ces cas invétérés, le chirurgien, alors chef du service des blessés, eut l'heureuse idée de lui prescrire les préparations d'or, qui n'avaient pas encore été essayées, et qui, susceptibles d'agir utilement sur le mal, soit qu'il fût syphilitique, soit qu'il fût seulement humoral ou scrofuleux, était doublement indiqué; la tisane de salsepareille fut également ordonnée.

La malade, voyant qu'elle pouvait suivre chez elle ce traitement, ne resta que peu de jours à l'hôpital, et nous eûmes dès lors nous-même à la diriger.

Ce traitement dura pendant deux mois complets. Seulement nous avions soin d'augmenter nous-même les proportions des remèdes, à mesure que nous pensions que l'économie, trop accoutumée aux doses primitives, avait besoin de cette augmentation pour que leur efficacité ne restât pas sans effet. Ainsi, tandis que, dans le commencement, elle employait un tiers de centigramme seulement d'hydrochlorate d'or en frictions sur la langue, et qu'elle prenait une pilule d'un tiers de centigramme d'oxyde d'or, nous en vînmes successivement à des doses un peu plus fortes, de manière que, quand un demi-décigramme était fini, le suivant était partagé en un moins grand nombre de pilules.

Trois mois après le commencement de ce traitement, qui n'eût lui-même que deux mois de durée, la guérison complète était obtenue : l'ulcère fistuleux était cicatrisé; il ne restait plus du pus des fosses nasales. Le nez de cette femme enfin eût été comme avant son affection, si la perte d'une bonne partie des os nasaux, détruits par la carie syphilitique, n'avait rendu le dos du nez enfoncé et déprimé vers son tiers supérieur.

Cette observation est une des plus remarquables que nous possédions en faveur des bons effets des préparations d'or. Ceux-ci, en effet, ont été ici si évidents, si palpables en quelque sorte, qu'on ne saurait ne pas leur attribuer la guérison remarquable que nous avons relatée, et que depuis longtemps on avait demandée en vain à beaucoup d'autres médications.

Un enseignement pratique fort important peut être tiré des quatre faits que nous venons de relater : c'est que plus une maladie du genre de celles que nous venons de mentionner est ancienne, plus elle a été rebelle aux secours de l'art, et plus on doit apporter d'attention à la recherche du véritable traitement qui lui convient. Il est même vrai de dire que trop souvent, par ce manque d'attention, des affections, qui, mieux étudiées, mieux surveillées, eussent facilement été guéries, ont une interminable durée. Certainement on jugera qu'il en a été ainsi dans les quatre faits qui précèdent.

§ IV. — *Polypes multipliés des fosses nasales.*

Parmi les cas de polypes des fosses nasales que j'ai eu occasion d'observer, il s'en est présenté un fort remarquable sous le rapport du grand nombre de ces excroissances que l'on remarquait dans l'une et l'autre narines. Je vais raconter cette curieuse observation.

Marie N..., âgée d'environ soixante ans, vint me consulter, dans le courant de 1838, pour une grande difficulté permanente de respirer par les fosses nasales, ce qui, rendant sa voix nasillarde, et la forçant à dormir la bouche constamment ouverte, ne manquait pas de lui être fort incommode.

C'était d'abord la narine droite qui avait commencé à être embarrassée, mais l'autre n'avait pas tardé à l'être à son tour. Il y avait près d'un an et demi que cette infirmité s'était déclarée.

Voulant me rendre compte de cette interception du passage des fosses nasales, mes idées se reportèrent immédiatement sur l'existence de quelque tumeur polypeuse, et, en regardant les fosses nasales, je compris la vérité de cette présomption. On remarquait effectivement, par leur orfice antérieur, des excroissances renflées, mobiles, pédiculées, que nous reconnûmes évidemment être des polypes muqueux. Nous crûmes même devoir faire espérer une guérison prochaine à la malade, en pensant que, ces deux polypes n'étant pas profondément situés, nous pourrions en faire facilement l'extraction, et, par leur cautérisation à la partie adhérente de la muqueuse, empêcher leur récidive.

La malade ayant elle-même consenti facilement à cette extraction que je lui proposais, nous y procédâmes le 28 mai. Mais quel ne fut pas notre étonnement lorsque, après avoir enlevé de chaque côté le polype que nous avions aperçu, nous reconnûmes que les fosses nasales n'étaient pas devenues plus libres ! Reportant alors encore les pinces à polype dans leur cavité, c'étaient de nouveaux polypes qu'elles entraînaient et arrachaient ; et, quoique nous introduisions fréquemment nos pinces, elles apportaient presque chaque fois quelque nouvelle tumeur. Il y en avait en réalité dans toutes les surfaces des fosses nasales, excepté peut-être à l'interne, et on aurait pu dire, sans trop d'exagération, que nous avions affaire à une espèce de pépinière de polypes. Enfin, après avoir promené maintes fois nos pinces en divers sens, et avoir extrait beaucoup de polypes vésiculeux, pédiculés, le passage de l'air par les narines fut bien plus libre ; on reconnaissait même que l'obstacle n'y existait plus.

Nous fîmes alors flairer de l'eau fraîche pour étancher l'écoulement capillaire du sang, qui était assez copieux.

Pendant quelques jours, les fosses nasales furent douloureuses, tuméfiées, obstruées par la phlogose de la muqueuse olfactive. Mais cet état passa prochainement, et la malade voyait avec plaisir qu'elle pouvait respirer facilement par les fosses nasales. Nous n'étions pas toutefois sans de justes craintes sur le retour de ces polypes. En effet, malgré l'emploi des poudres dessiccatives dont nous avions prescrit l'usage, la disposition à la production des polypes n'en exista pas moins. Deux mois s'étaient à peine écoulés que déjà les fosses nasales étaient encore obstruées notablement et que la malade venait encore nous consulter pour que nous eussions à lui indiquer de nouveau quelque moyen curatif.

Nous conseillâmes encore le reniflement de quelques autres poudres détersives et dessiccatives, et la malade passa près de trois mois de la sorte. Nous fûmes enfin réduit à conseiller une nouvelle extraction avec les pinces, sans pouvoir promettre à la malade d'être plus heureux que la première fois. La malade voulut néanmoins s'y soumettre.

L'opération fut encore assez laborieuse, autant à peu près que la première fois. C'était une nouvelle multitude de petits polypes qui étaient arrachés des diverses parties des fosses nasales. De quelque côté que j'ouvrisse les pinces, j'étais assuré d'en retirer quelqu'un. Ils étaient gris, comme transparents, gélatiniformes, généralement pédiculés, et il n'y avait aucunement lieu de penser qu'ils fussent des parties d'une même masse polypeuse.

Je parvins encore à désobstruer les fosses nasales ; mais, comme la première fois, ce ne fut pas pour bien longtemps. Malgré des moyens locaux divers, de nouveaux polypes vinrent remplacer les anciens, firent renaître les incommodités que nous avions dissipées passagèrement, et j'ignore vraiment par quels moyens l'art pourra finir par débarrasser pleinement et sans retour cette pauvre malade.

§ VI. — *Kyste de la joue ; extirpation et guérison.*

Les kystes de la face sont loin d'être rares. Pour notre compte, nous avons eu occasion d'en remarquer plusieurs. Nous allons même relater l'observation suivante, qui a trait à un kyste volumineux dont nous eûmes à faire l'extirpation, qui fut suivie de guérison.

Obs. — Ce kyste existait à la joue d'une jeune fille âgée seulemet de 12 ans, qui nous avait été recommandée par une des dames les plus respectables de notre ville. Il était situé au-dessous de la cavité de l'orbite, qui en était même un peu rétréci par le soulèvement de la paupière inférieure, en dehors de la surface latérale du nez, en dedans de la région molaire. Il occupait aussi la presque totalité de la fosse canine. Son volume, qui fut trouvé comparable à celui d'un petit œuf de poule, produisait une proéminence considérable et très-défectueuse sur la joue droite. Sa forme était irrégulièrement ovale. Il avait commencé à se développer une quinzaine de mois auparavant. C'est même parce que vers la fin ses progrès étaient remarquables, que les parents se décidèrent à réclamer les secours de l'art.

Il ne pouvait rester de doute sur la nature de cette tumeur : l'exploration démontrait que c'était à un kyste que nous aurions affaire. On reconnaissait facilement, en effet, que cette tumeur était fluctuante, mobile, paraissant enveloppée dans une poche particulière, sans changement de couleur à la peau.

Nous n'avions ici qu'un moyen convenable pour débarrasser cette jeune fille, savoir : l'ablation de la tumeur. Mais de quelle manière devions-nous y procéder ? Nous savions que l'on conseille généralement, dans le cas de kystes des joues, d'attaquer ces tumeurs par la bouche. Cette pratique, en effet, outre qu'elle a l'avantage de ne pas produire des cicatrices toujours désagréables à la figure, sur celle d'une femme surtout, a également celui de ne pas exposer à des fistules salivaires. Nous eussions réellement bien désiré agir d'après ce procédé ; mais la grande étendue de la tumeur ne le rendait point pratiquable, et nous nous proposâmes de l'attaquer par l'extérieur. Dans cette vue, comme la peau qui recouvrait la tumeur était saine et non adhérente, nous l'incisâmes longitudinalement depuis le haut jusqu'au bas. Une seconde incision partit de la pre-

mière et se dirigea en dehors vers la fosse canine, sur un prolongement que le kyste présentait en ce point. Nous disséquâmes alors les lambeaux de peau pour mettre à découvert la tumeur dans toute sa surface antérieure. Quand nous fûmes près de sa partie inférieure, nous eûmes soin de faire tirer en haut le kyste pour respecter le conduit de Sténon qui ne devait pas en être bien distant. Vers sa face postérieure et en bas, le kyste était tellement adhérent à la membrane muqueuse de la bouche, que, malgré toute l'attention que nous donnions à sa dissection, la cavité buccal fut ouverte dans une petite étendue, ce qui, au reste, n'amena aucun retard dans les progrès de la cicatrisation de la plaie que nous avions été obligé de faire. Quelques instants encore et le kyste était disséqué en totalité et enlevé.

Nous réunîmes ensuite les lambeaux cutanés à l'aide de cinq points de suture entrecupée, et le plus exactement possible, pour éviter le désagrément si fâcheux dans cette région des cicatrices vicieuses.

Les choses se passèrent fort bien : la réunion immédiate fut obtenue sur la plupart des points. Ceux qui suppurérent ne tardèrent pas non plus à se cicatriser. Au vingt-quatrième jour, une cicatrice convenable marquait la trace des deux incisions que nous avions faites pour mettre le kyste à découvert, et cette fille était complétement guérie.

Les parois de ce kyste étaient blanchâtres, assez épaisses ; leur intérieur était lisse, poli, ayant assez bien l'aspect d'une membrane séreuse dont la texture aurait été épaissie par l'inflammation. La matière qui y était contenue était semi-fluide, semblable à de la matière tuberculeuse ramollie.

§ VII. — *Cas remarquable d'ankylose complète des deux articulations temporo-maxillaires.*

De toutes les articulations du corps humain, celles dont l'ankylose est sans contredit la plus rare, sont les articulations du maxillaire inférieur avec les os temporaux.

Presque toujours en mouvement depuis la naissance jusqu'à la mort, soit pour l'acte de la mastication, pour la prononciation des sons divers, la préhension des aliments et des boissons, la déglutition même, soit pour une foule d'actes physiologiques, comme le rire, le chant, etc., et peu disposées d'autre part aux maladies qui envahissent si fréquemment les autres articulations et les diposent aux ankyloses, celles dont nous parlons présentent, dans ces conditions mêmes, la raison de la rareté de cette soudure articulaire. Ce n'est pas toutefois que nous voulions dire que des faits de cette nature n'avaient pas été de temps en temps observés; nous savons, en effet, qu'il en a été autrement, que de véritables ankyloses temporo maxillaires ont été quelquefois rencontrées à la suite des progrès de l'âge, des affections rhumatismales, ou peut-être d'une disposition particulière à l'ossification, ou idiosyncrasie propre à certaines organisations. Tel est le cas, par exemple, de cet officier mort à Metz en 1802, à l'âge de 50 ans, et qui, par suite d'une affection rhumatismale générale et de longue durée, provenant des fatigues de la guerre, dans un pays froid et humide, eut toutes les articulations complétement ankylosées, même les temporo-maxillaires, comme l'atteste encore son squelette, qui a été déposé dans le cabinet d'anatomie de l'école de médecine, et qui ne forme en réalité qu'une seule pièce osseuse. Toutefois le fait que nous allons mentionner n'en sera pas moins curieux, en ce que l'ankylose s'est formée dans d'autres circonstances que celles qui la favorisent ordinairement, c'est-à-dire, dans le jeune âge, et en ce que c'était la seule ankylose existante dans le corps de ce sujet.

Obs. — Pendant l'épidémie de choléra-morbus qui, en 1835, ravagea notre ville, on apporta à l'Hôtel-Dieu le nommé Denis L..., âgé de 77 ans, atteint d'une violente attaque cholérique, qui le fit périr dans deux jours.

En lui adressant quelques questions au moment de sa réception, une particularité me frappa assez vivement en lui, c'est que les arcades dentaires étaient fortement rapprochées l'une de l'autre, que le maxillaire inférieure ne pouvait point s'écarter de la mâchoire supérieure et que la langue, pour être vue, se faisait passage à travers une ouverture produite par la perte des quatre dents incisives supérieures. Nous apprîmes alors des parents qui l'accompagnaient que cette disposition existait depuis la tendre enfance du malade, et que, depuis cette époque, les aliments et les boissons avaient dû être exclusivement introduits par l'ouverture que nous remarquions, et que l'on s'était dans le temps ménagée par l'extraction des quatre incisives supérieures.

Ce malade n'ayant pas tardé de payer tribut à la cruelle maladie, je fus désireux, en faisant pratiquer son autopsie, de remarquer ce qui se passait dans les articulations temporo maxillaires dont j'avais constaté l'immobilité permanente. Ayant, à cet effet, enlevé avec soin les parties molles qui cachaient ces articulations ainsi que les tissus des joues, je pus me bien assurer qu'il existait en réalité une soudure complète des condyles maxillaires avec les deux temporaux. Cette union était même si intime, la substance osseuse qui s'était formée autour de ces articulations les avait recouvertes d'une manière si parfaite, que l'on ne pouvait pas distinguer de ligne de démarcation entre le maxillaire et les os des tempes. On eût dit une substance osseuse déposée sous forme de mastic et d'une manière si exacte que les inégalités que présentent ces os en s'articulant étaient complétement effacées.

La plupart des dents existaient ; il ne manquait que quelques molaires et les quatre incisives supérieures qui, comme nous l'avons déjà dit, avaient été extraites pour le passage des aliments. Les arcades dentaires se touchaient par leurs bords libres. Les incisives inférieures étaient déjetées un peu plus en avant que dans l'état normal ; les molaires étaient d'autre part sensiblement inclinées au dehors. Elles avaient peu à peu cédé les unes et les autres à l'action répulsive de la langue dans ces mouvements divers pour la mastication et la phonation.

En dehors des dents molaires, entre elles et les joues, existait de chaque côté, vis-à-vis l'orifice

buccal des conduits parotidiens ou de Sténon, une concrétion terreuse, aplatie, plus épaisse à son milieu que vers sa circonférence, véritable calcul salivaire, immobile, moulé sur la face externe des dents dans l'interstice desquelles il s'enfonçait.

Je ne pus reconnaître aucune trace de fracture dans toute l'étendue du maxillaire, qui ne présentait, au reste, aucune déviation anormale.

Désireux de connaître quelle avait pu être la cause première de cette singulière ankylose, la seule existante parmi les articulations naturellement mobiles du corps, je me transportai au domicile des enfants de ce sujet, pour en obtenir quelques renseignements. J'appris d'eux qu'ils avaient vu de tout temps leur pére en cet état, et que celui-ci leur avait maintes fois déclaré qu'à l'âge de 4 ou 5 ans, il s'était laissé choir de dessus une table, qu'il s'était fait du mal à la tête, et que ce furent les suites de cette chute qui amenèrent l'ankylose. Il est probable que cette soudure osseuse aura été l'effet d'une fracture du maxillaire inférieur vers les condyles, fracture qui se serait opérée pendant la chute dont nous venons de parler.

Cette curieuse pièce d'anatomie pathologique a été plusieurs fois présentée aux élèves de la Faculté de médecine de Montpellier, par M. le professeur Dubreuil, à qui nous en avons fait hommage.

§ VIII. — *Tumeurs cancéreuses des lèvres.*

Les tumeurs cancéreuses des lèvres n'ont pas été rares dans notre hôpital; elles nous ont mis en mesure de pouvoir remarquer les divers degrés du cancer de ces parties. C'est ainsi que l'an dernier, nous avons eu pendant quelque temps, dans les salles, un malheureux paysan, à qui, trois ans auparavant, nous avions proposé l'ablation d'un bouton cancéreux peu étendu encore, mais qui préféra à nos conseils ceux d'un empirique ignorant, qui fit sur le mal je ne sais quelles applications irritantes ou corrosives qui n'arrêtèrent point sa marche, qui l'accélérèrent même peut-être. Quand nous l'avons revu l'an dernier, toute la mâchoire inférieure, tant dans les parties dures que dans les parties molles, présentait les désordres les plus graves et les plus hideux. C'était tantôt des ulcérations sanieuses, à bords renversés, tantôt des tissus indurés, lardacés, un état fongueux des gencives. Les ganglions sous-maxillaires, infectés aussi, étaient tuméfiés, durs, calleux, et on ne pouvait reconnaître à quelles limites s'arrêtait le mal dévastateur. Ajoutons à cela les douleurs lancinantes, poignantes, atroces parfois, qui accompagnaient cet irremédiable état.

Vu l'état avancé de la maladie, il fut déclaré que la chirurgie ne pouvait rien d'efficace, de curatif, contre un cas aussi grave, aussi avancé. En conséquence, quelques palliatifs lui étaient seulement prescrits. Mais bientôt ce malheureux voulut retourner dans ses foyers, et c'est là qu'il s'est peu à peu éteint dans le plus pénible et le plus douloureux des états.

Obs. — Un autre malade, atteint aussi d'un ulcère cancéreux, et qui s'était présenté dans les salles de l'Hôtel-Dieu dans le mois de mars 1839, nous a démontré, par son exemple, combien il était dangereux d'opérer trop tard les personnes atteintes d'un mal pareil. C'était un paysan de Meyrargues, homme fort, vigoureux, qui, plus de deux années auparavant, avait commencé à ressentir, sur sa lèvre inférieure, le bouton précurseur de l'ulcère malin. A la chute de ce bouton succéda l'ulcération caractéristique qui, mal soignée, irritée même fréquemment, fit des progrès, fort lents sans doute, mais continus.

Aussi, quand il se présenta à l'Hôtel-Dieu, les tissus indurés occupaient plus d'un tiers de la lèvre, et ceux-ci étaient encore surmontés, près du bord libre, d'une ulcération assez étendue, à caractères non douteux. En même temps existaient en dessous du menton et à gauche, c'est-à-dire du côté du siége du mal, deux ganglions lymphatiques, hypertrophiés et durs. Ces ganglions étaient-ils engorgés sympathiquement, ou bien par l'effet de l'imprégnation du virus cancéreux qui y aurait été transmis par la voie des absorbans? Quelque fortes que fussent nos raisons pour cette dernière opinion, comme il y avait pourtant encore quelques motifs qui pouvaient faire pencher pour la première, et que d'ailleurs l'état de la lèvre s'aggravait de plus en plus, il fut décidé que l'excision de ce cancer labial serait pratiquée. En conséquence, deux incisions obliquement dirigées et convergentes en bas furent faites, l'une en dehors, l'autre au dedans de la tumeur, et toutes les deux, venant se réunir en dessous d'elle, constituèrent ainsi une espèce de V, et la circonscrivirent en totalité. Elle fut ainsi emportée complétement; car, en palpant attentivement les parties que nous laissions, nous pûmes nous assurer que nous avions emporté tout ce qui était sensiblement altéré.

Le pansement fut fait selon les règles ordinaires; c'est-à-dire que les lèvres de la plaie furent rapprochées et maintenues en contact par le moyen de la suture entortillée. Tout se passa fort bien d'abord. La réunion par première intention s'opéra, et, dix-huit jours après l'opération, la coaptation étant parfaite, le malade put sortir de l'hôpital, présentant toutes les apparences d'une guérison facilement obtenue. Cependant, quelques glandes lymphatiques étaient, comme nous avons dit, un peu engorgées encore, ce qui devait laisser en nous des craintes sur l'avenir de ce malade.

Ce fut six mois plus plus tard que nous le revîmes. Il était alors dans le plus pitoyable des états. Les ganglions du cou, tuméfiés et squirrheux, formaient une espèce de collier glanduleux et tout bosselé. La lèvre inférieure, durcie et très-épaisse, présentait un rebord saillant en avant de la supérieure; des végétations cancéreuses s'élevaient de la surface interne et du bord des gencives. C'était le mal primitif qui s'était reproduit avec une effrayante rapidité.

Quelques palliatifs lui furent par nous conseillés; ils ne devaient servir qu'à rendre plus supportables son état et les douleurs qui l'accompagnaient.

Il traîna encore pendant près d'une année sa douloureuse et bien pénible existence.

Si, vu l'état trop avancé de cette maladie quand fut pratiquée l'excision de cette tumeur cancéreuse, le cancer s'est reproduit, il n'en a pas été de même

dans bien d'autres circonstances, où une guérison qui n'a rien laissé à désirer a suivi de très-près l'opération, c'est qu'alors la maladie était simplement locale; c'est qu'alors le virus cancéreux, dont la pratique ne démontre que trop la funeste existence, n'avait pas eu le temps de se répandre dans d'autres tissus de l'organisme. Aussi regardons-nous comme défavorable de trop attendre pour proposer l'extirpation des boutons cancéreux. C'est, en effet, une opération si simple et si facile, et le succès qui en résulte si facilement obtenu quand on s'y prend à temps, qu'on ne saurait comprendre les motifs d'un retard prolongé, qui, pour n'avoir rien d'avantageux, met bientôt dans la triste perspective de voir tous les moyens et l'opération elle-même échouer contre la malignité du mal.

Il y avait peu de temps que M. Mayor, de Lausanne, avait fait connaître, par la voie des journaux de médecine, ce qu'il appelait son nouveau point de suture pour l'opération du bec-de-lièvre, lorsque j'eus à opérer le cancer labial de l'homme dont je viens d'esquisser ci-dessus, à grands traits, l'histoire et la maladie. Et comme ce point de suture était non-seulement recommandé pour le bec-de-lièvre, mais encore pour les autres opérations avec déperdition de substance des lèvres, et que celle que nous avions à pratiquer devait nécessairement faire emporter une partie considérable de la lèvre inférieure, il me parut que ce serait le cas, ou jamais, d'employer ce nouveau point de suture; je me livrai donc à ce sujet à quelques essais préalables sur le cadavre pour tâcher de reconnaître si en réalité le procédé de l'ingénieux chirurgien suisse réunissait tous les avantages qu'il se plaisait à lui reconnaître.

On sait que ce chirurgien, considérant que le point important qui domine la réunion exacte du bec-de-lièvre se trouve vers le bord libre de la lèvre et aux angles inférieurs, qui y dessinent le plus grand écartement de la division, puisque c'est là que les muscles de la face font leurs plus grands efforts et qu'ils peuvent les déployer avec le plus d'avantage pour certains actes physiologiques, tels que les pleurs, les cris, le rire, etc., trouve que, dans la suture entortillée, la manière dont l'aiguille est introduite et placée, la manière dont on la fait agir et dont les parties sont embrassées par elle, sont autant de points défectueux et qui pèchent contre les saines idées de la mécanique. Et cette assertion, il cherche à la démontrer en faisant observer : 1° que l'aiguille, dans la suture entortillée, est toujours dirigée de manière à parcourir l'intérieur seulement des parois de l'une et de l'autre division de la lèvre qu'il s'agit de réunir; que, par conséquent, elle ne les traverse jamais; que, forcée d'entrer et de ressortir par le même côté externe, elle n'embrasse qu'une partie des tissus, ce qui doit entraver et entrave réellement les conditions de consistance qu'on doit rechercher; 2° que la position même de l'aiguille qui occupe un trajet oblique, et sur laquelle on doit faire glisser l'une contre l'autre les lèvres de la division labiale, doit, de même que les fils entortillés, exercer une force excédante sur certains points, ce qui facilite le déchirement des tissus sur lesquels l'aiguille s'appuie; 3° qu'en commençant, dans le but de faire adhérer deux surfaces entre elles, par les traverser avec deux ou trois fortes aiguilles, dans l'endroit même où l'on se propose d'opérer la réunion, on fait une espèce de contre-sens chirurgical et l'on pèche contre les lois de la physique animale. Et c'est là dessus qu'il a cru devoir proposer son point particulier de suture, qui, d'après lui, échapperait à ces inconvénients divers. Or, cette suture est établie à l'imitation de celle que les métatarsiers appellent le point piqué. M. Mayor se sert à cet effet d'une aiguille enfilée d'un fil double, au bout duquel, en place du nœud simple des couturières, il attache d'avance un tampon du coton, de charpie ou d'éponge, du volume d'un gros pois.

Et c'est après avoir ainsi garni l'aiguille qu'on la plonge, d'abord perpendiculairement et d'avant en arrière, près de l'angle gauche de la solution de continuité, vers le bord libre de le lèvre, à 2 millimètres seulement du bord antérieur de cette solution de continuité; puis on lui fait traverser la face interne et buccale de la lèvre à la même distance de cet angle et du bord libre de cette partie. Le fil est ensuite tiré jusqu'à ce que le tampon qui le termine vienne former obstacle. L'aiguille, portée alors sur la face interne du lambeau voisin, le perce aux mêmes distances respectives que l'on a observées pour l'introduction inverse au côté gauche.

Voici dès lors comment devra s'opérer le rapprochement : le second lambeau de la lèvre étant ainsi traversé, il suffira de tirer sur le bout du fil, en aidant au besoin avec le bout des doigts, pour que le rapprochement et l'affrontement des bords de la division s'opère. Coupant alors ce dernier bout, on place entre ces deux parties un nouveau tampon, semblable à celui de l'autre côté, lequel tend à maintenir en contact les deux lèvres de l'incision par le moyen d'un nœud double qui est pratiqué sur lui.

La solution de continuité ainsi réunie dans le point de son plus grand écartement, on peut, pour le reste de la plaie, se servir, suivant le besoin, d'une ou deux épingles à insectes, un ou deux points de suture entrecoupée, ou plus simplement quelques bandelettes d'emplâtre agglutinatif sans autre appareil.

On pourrait encore, recommande M. Mayor, dans le cas que les lèvres de la division ne fussent pas bien affrontées par devant, y pourvoir par un nœud qui serait fait avec deux bouts de fil conservés en dehors des tampons, et qu'on croiserait et nouerait au devant de la plaie, etc.

Eh bien ! après avoir tout bien considéré, nous n'avons pas cru devoir, pour notre opération, abandonner l'ancienne suture, la suture entortillée, pour celle que venait proposer M. Mayor. Les arguments tirés des lois de la mécanique, sur lesquels se fonde M. Mayor, ne m'ont pas paru avoir toute la portée qu'il veut leur attribuer. La grande élasticité des parties constituantes des lèvres atténue notablement, si elle ne l'annihile pas en entier, le reproche de tension inégale des diverses étreintes. Le passage des aiguilles à travers les surfaces mêmes qui doivent être mises en contact ne nous a jamais paru en contrarier la réunion immédiate.

Bien plus, il nous paraît que ces deux surfaces, bien embrochées et tenues ainsi solidement en respect et en un contact invariable par les aiguilles et les fils croisés, sont bien plus propres à favoriser la réunion immédiate que la suture de M. Mayor, qui a le grand inconvénient d'un bâillement presque inévitable de la partie antérieure de la plaie, inconvénient auquel ne doit pas parer toujours, d'une manière sûre, le troisième nœud qu'il y fait établir. Remarquons, au reste, en passant, que ce troisième nœud assimile ce point de suture à la suture entrecoupée, depuis bien longtemps connue et employée.

L'agglutination rapide et tout à fait régulière que nous obtînmes dans le cas qui a été l'objet et la cause de ces quelques réflexions, malgré le grand écartement qui existait, ne nous a laissé aucun regret de nous en être tenu à la suture généralement employée, ou à la suture entortillée.

§ IX. — *Observations de mutilations graves de la face; opération de restauration des lèvres; réflexions sur ce genre d'opérations.*

Parmi les mutilations diverses de la figure que nous avons eu occasion de remarquer dans l'exercice de nos fonctions, ou dans notre pratique, deux principalement nous ont paru dignes de fixer l'attention, en ce qu'elles ont été accompagnées de la destruction, dans un cas, d'une lèvre, des deux lèvres dans l'autre cas, ce qui nous a mis dans la nécessité de pratiquer ces deux fois la restauration des lèvres, c'est-à-dire de réparer, par les moyens que nous fournit la cheiloplastie, le plus grave inconvénient de l'une et de l'autre blessures. Nous allons relater avec détail ces deux observations qui ne paraîtront peut-être pas dénuées d'importance.

Blessure grave de la face avec perte de substance; destruction par elle de la lèvre supérieure; cheiloplastie; guérison.

Obs. I. — Un paysan des environs d'Aix, le nommé Matheron, s'amusait avec d'autres villagois, dans une fête patronale, à tirer des boîtes (petits mortiers fort usités en Provence). Une de ces boîtes ne partant pas assez tôt à son gré, Matheron veut s'en approcher, lorsque tout à coup l'exploision s'opère sur la figure de notre imprudent et la blesse gravement. Après qu'on lui eut donné les premiers soins que pouvait comporter son état, on se décida à transporter le blessé à l'hôpital d'Aix, et ce fut 30 heures après l'accident que nous l'y vîmes arriver, dans la journée du 30 octobre 1836, et voici dans quel état : La figure du malade est noircie par la poudre et couverte de sang coagulé; les yeux sont brillants et rouges; mais sans altération notable de la vue. La mâchoire inférieure, ayant subi le premier et le principal choc, est horriblement mutilée dans ses deux tiers. Ainsi, les parties molles du menton sont toutes meurtries, et la lèvre inférieure manque en totalité, l'explosion l'ayant emportée. Plusieurs fractures se reconnaissent au maxillaire inférieur; c'est ainsi que la portion osseuse qui supporte les dents incisives et canines inférieures a été détachée, et une solution de continuité verticale existe encore à l'os sur sa symphyse; nous croyons aussi reconnaître une fracture du col du condyle maxillaire droit. Ajoutons encore qu'une partie de la face externe du corps de l'os maxillaire inférieur est à nu, dépouillée même de son périoste. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure ont été cassées vers leur collet, et la lèvre supérieure a été aussi un peu échancrée près de la commissure droite. Quoique le malade ait perdu assez de sang, à ce qu'on nous dit, nous le trouvons encore assez fort pour espérer, malgré la gravité de sa blessure, que les bords de cette vaste solution de continuité se cicatriseront, et que les fractures se consolideront. Aussi avons-nous soin de rassurer son moral fortement affecté, en lui promettant sa guérison prochaine. Nous faisons faire des fomentations émollientes sur la figure.

Quelques jours après, la détente inflammatoire s'opérant et les solutions de continuité donnant de la suppuration, au lieu des fomentations, nous les recouvrons d'une compresse fenêtrée et de gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Le malade fut pansé à peu près ainsi jusqu'à parfaite cicatrisation des points fracturés, c'est-à-dire presque vers la fin de décembre. Pendant tout ce temps, il avait été nourri avec des aliments liquides qu'on ingérait profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon à long bec.

Malgré ce premier résultat obtenu, il n'en restait pas moins à la figure de cet homme une désagréable et pernicieuse difformité, à cause de la perte de la lèvre inférieure et de la portion osseuse qui supportait les dents incisives et canines inférieures. De là, en effet, résultait une déperdition continuelle de salive et un reflux, hors de la bouche, d'une partie des aliments liquides qui constituaient son unique nourriture. D'un autre côté, le point qui correspondait aux commissures, ou, si vous voulez, les extrémités du bord inférieur de la lèvre supérieure s'étant abaissées par suite du travail de cicatrisation et mises au niveau du sillon mentolabial, il résultait de cette disposition une concavité prononcée dans la direction du bord libre de la lèvre, laquelle était ainsi tiraillée et presque immobile, ce qui donnait à l'ouverture buccale un aspect tout bizarre. On conçoit aussi combien l'articulation des sons devait être incomplète, défectueuse, et combien les cicatrices formées devaient gêner la mastication en empêchant les mâchoires de jouer librement. Aussi, le malade en était-il toujours réduit à l'usage de son biberon et des aliments liquides; et de nombreux potages féculents ne parvenaient pas toujours à satisfaire son appétit.

C'est alors que, après avoir fait comprendre au malade combien il lui importait de ne pas rester dans cet état, je lui proposai l'opération de la restauration de sa lèvre, par laquelle disparaîtraient les inconvénients fâcheux qui étaient la conséquence de sa grave blessure. Décidé d'abord à s'y soumettre, il se laisa intimider ensuite par des conseils étrangers, et voulut auparavant recourir à d'autres avis. Il nous quitta donc le 19 janvier 1837.

Mais il ne tarda pas à être ennuyé de sa pénible

position et à recourir encore à mes conseils. Cette fois, l'opération fut tout à fait décidée.

C'est le 22 février que je me transportai auprès du malade pour l'opération qui se fit en présence de mes élèves et de M. le docteur Clerc, auquel il devait être confié en mon absence. Voici, au reste, la manière dont je procédai : Je fis coucher le malade sur un lit étroit : la tête et les épaules étaient moyennement relevées et un drap plié en quatre, suivant sa largeur, fut placé devant la poitrine pour retenir les mains et les bras. Mes aides étant alors convenablement placés, soit pour comprimer les artères faciales au devant de la base des muscles masseters, soit pour me faire tenir les instruments nécessaires, etc., je commençai par faire avec le bistouri droit sur chaque joue deux incisions parallèles, à direction horizontale, lesquelles, contenant entre elles un espace de la largeur de la lèvre inférieure et intéressant toute l'épaisseur des joues, s'étendaient, l'inférieure, depuis le bas de la solution de continuité, et la supérieure, depuis la partie inférieure de la lèvre supérieure jusque vers le bord antérieur des muscles masseters. L'inférieure était donc dans la direction du sillon mento-labial. Deux lambeaux furent par là formés. Une nouvelle incision sur chacun d'eux forma, sur leur partie interne et antérieure, un troisième bord régulier. Ces incisions ayant ouvert de chaque côté l'artère faciale et quelques-unes de ses branches, la ligature en fut immédiatement pratiquée. Enfin, en dernier lieu, j'eus à aviver le bord sus-mentonnier avec lequel une partie des bords inférieurs des lambeaux devait être maintenue en rapport et se réunir. Cela étant exécuté, je voulus rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre au-dessus du milieu du menton. Mais comme ce résultat ne pouvait encore être obtenu, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse de leur face interne, moins extensible que les autres parties, je fis à cette muqueuse deux incisions verticales qui ne dépassaient point son épaisseur. Cet expédient augmentant l'extensibilité de mes deux lambeaux, je pus dès lors opérer leur contact, et je maintins leurs bords antérieurs affrontés à l'aide de la suture entortillée et de deux aiguilles. Les autres points des lambeaux furent fixés aux parties adjacentes par d'autres aiguilles. Toutefois, comme les dents incisives et canines inférieures manquaient, ainsi que la portion du maxillaire qui les supportait, pouvant craindre que le défaut de ce point d'appui n'occasionnât le renversement en arrière de la lèvre nouvelle, j'en fis déjeter un peu en dehors le bord supérieur, par la direction que je donnai aux épingles et au bord antérieur des lambeaux que javais taillés légèrement obliques en dedans et en haut. Parmi les aiguilles placées pour fixer les lambeaux, deux furent implantées vers les extrémités de la nouvelle ouverture buccale, afin d'en établir les commissures et de donner de la régularité à ses parties.

Comme le bord libre de cette nouvelle lèvre était saignant, j'attirai, avec des pinces à dissection, la muqueuse qui tappissait sa face interne, et il me fut facile d'en recouvrir ce bord et de l'y fixer par des points de suture à anse. Cette précaution me fut très-utile par la réunion qui s'opéra bientôt entre ces parties.

L'opération étant terminée et le malade placé dans son lit, je me contentai de faire mettre un linge fin sur la nouvelle lèvre. (Boissons émollientes, à l'aide d'un biberon à bec aplati.)

Je retournai chez mon malade quarante-huit heures après l'opération. Le côté gauche du visage était presque cicatrisé partout et peu tuméfié. Le côté droit, au contraire, présentait un engorgement assez prononcé, provoqué par l'imprudence qu'avait commise le malade de se coucher sur la joue droite; celle-ci était en même temps rouge et douloureuse au toucher. Les aiguilles enfoncées dans l'engorgement augmentaient, par la striction qu'elles exerçaient, l'inflammation existante. De la suppuration s'était déjà formée dans leur trajet.

Quoique à peine quarante-huit heures se fussent écoulées depuis le moment de l'opération, je crus prudent d'enlever toutes les aiguilles, moins deux du côté gauche, pour que l'inflammation s'amendât et diminuât d'intensité. (Fomentations émollientes; boissons délayantes; lavement émollient.)

Le 26 février, cinquième jour de l'opération, les symptômes inflammatoires ont notablement diminué; rien ne s'est disjoint, malgré la sortie hâtive des aiguilles; la réunion par première intention est déjà presque partout obtenue; l'état général est satisfaisant. J'enlève les autres épingles, ainsi que les fils qui avaient maintenu la membrane muqueuse collée sur le bord libre.

Dès ce moment, la guérison fut assurée; la cicatrisation fit des progrès rapides, et, dès le 10 mars, dix-huitième jour de l'opération, il ne restait plus de points en suppuration; la guérison était complète.

La nouvelle lèvre était régulière; son bord supérieur était facilement recouvert par l'inférieur de la lèvre sous-nasale, et se trouvait en outre tappissé d'une membrane muqueuse, ce qui lui donnait un caractère de ressemblance de plus avec la lèvre perdue. Une trace linéaire, imperceptible en plusieurs endroits, indiquait les points de rapprochement des parties.

Ainsi se termina cette opération de cheiloplastie, à laquelle un malheureux dut, non-seulement la réparation d'une dégoûtante difformité, mais encore le rétablissement de la mastication, de la parole, de la conservation de la salive.

Depuis cette époque, ce malade a repris ses anciens et pénibles travaux, et jouit d'une santé prospère.

Lésion traumatique grave de la face; destruction de l'une et l'autre lèvres; restauration des deux lèvres.

Obs. II. — Le 25 mai 1838, on nous apporta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un malade dont la figure ensanglantée et mutilée offrait le plus hideux spectacle. C'était le nommé Payan, forgeron, du Puy-Ste-Réparade, qui, la veille, se disposant de bon matin à tirer des boîtes, eut l'imprudence de laisser tomber de sa pipe une étincelle sur l'amorce, qui prit feu soudainement, et occasionna une explosion dont la décharge s'effectua sur la figure du malheureux forgeron. Ce ne fut que quarante-huit heures

après l'accident qu'il nous fut apporté, et voici les détails de l'état dans lequel il se trouvait, quand il fut soumis à notre observation : la figure est complétement méconnaissable; les paupières, tuméfiées et excoriées à leur face externe, couvrent les globes oculaires, et nous craignons que ceux-ci n'aient été endommagés. Mais, en soulevant légèrement la paupière supérieure, nous reconnaissons que la vision est intacte, et qu'il existe seulement un peu de conjonctivite. La joue gauche est sillonnée dans toute son étendue par une vaste crevasse dont le fond communique avec la cavité de la bouche, et dont la partie supérieure laisse apercevoir à nu l'os de la pommette, que l'on reconnaît fracturé. Les parties molles du menton sont toutes meurtries, et, quand on veut examiner en quel état se trouve le maxillaire inférieur, on reconnaît aisément, par le déplacement de certaines de ses parties et par les crépitations qui se font sentir quand on les touche, qu'il est fracturé en plusieurs points de son étendue. Ainsi, une première fracture existe évidemment à la symphyse du menton; une deuxième fracture, perpendiculaire à celle-là et parallèle à la direction de l'os, isole de celui-ci la portion osseuse qui supporte les quatre incisives inferieures et une des canines, et cette portion se trouve encore elle-même partagée en deux à sa partie moyenne; une troisième fracture paraît aussi exister dans la continuité du corps de l'os, à droite. Des esquilles, qui se sont détachées plus tard, nous ont démontré qu'il y avait eu encore quelques désordres que nous n'avions pas pu apprécier alors. Ajoutez à cela que les dents supérieures avaient été pour la plupart emportées, rupturées, et que l'aile gauche du nez avait été aussi fortement endommagée.

Mais, ce qui était le plus remarquable parmi ces lésions diverses, c'était la destruction presque totale de l'une et de l'autre lèvres, dont il ne restait plus que quelques débris morcelés sur les côtés, ce qui mettait à découvert tout l'intérieur de la bouche.

Le malade, qui n'était âgé que de 32 ans, d'une forte constitution, avait le moral assez rassuré. Le pouls, quoique un peu agité, un peu nerveux, n'indiquait presque pas de fievre; la chaleur de la peau était presque naturelle; il n'y avait aucun symptôme de commotion du cerveau. Toutes ces considérations me firent porter un pronostic favorable relativement à la cicatrisation de ces diverses meurtrissures, sauf plus tard à réparer, par les moyens que nous offrirait l'autoplastie, les parties qui resteraient détruites, et dont l'importance ne permettrait pas que nous l'en laissassions privé.

Je ne décrirai pas jour par jour les divers phénomènes que nous présenta cette plaie compliquée. Je me contenterai de mentionner les principales indications que nous eûmes à remplir pendant la durée du traitement. Dans les premiers jours, des fomentations émollientes tièdes étaient faites sur la figure; des boissons mucilagineuses, seules d'abord, puis du bouillon, lui étaient donnés à l'aide d'un biberon.

Quelques jours après, quand les surfaces meurtries donnaient de la suppuration, nous les recouvrions de compresses fenêtrées sur lesquelles étaient placés des gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Si quelquefois l'inflammation de ces parties prenait un peu trop d'intensité, nous remplacions alors les gâteaux de charpie par des cataplasmes émolliens, afin d'atténuer la phlogose.

C'est par des soins ainsi ménagés que s'obtint peu à peu la cicatrisation des bords de cette vaste solution de continuité, et que les fractures se consolidèrent. Tout marcha même d'une manière assez régulière. Quelques esquilles, dont une assez étendue, se détachèrent de la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure. Des deux portions osseuses supportant les dents incisives inférieures et une des canines qui avaient été séparées du corps de l'os, une seule se souda avec la pièce primitive, tandis que l'autre, quoique vivant par le moyen des parties molles auxquelles elle était adhérente, dut être enlevée à cause de sa mobilité persistante et de la mauvaise direction qu'elle avait prise. Un abcès qui s'était développé dans la joue gauche se termina aussi convenablement. Enfin, dès le commencement du mois d'août, tous ces bords déchirés et irréguliers s'étaient desséchés et cicatrisés.

Mais quoique la nature, convenablement aidée par l'art, eût suffi à la cicatrisation de toutes ces surfaces meurtries, elle n'avait point pu opérer la réparation de ce qui avait été emporté par l'explosion. Ainsi la destruction presque complète des deux lèvres persistait, car il restait à peine un cinquième de la supérieure vers son extrémité gauche; tout le reste, à partir du sillon mento-labial, manquait complétement.

Cet exposé permet de se représenter assez nettement ce qu'était cet homme après les seuls efforts de la nature, quel triste aspect devait offrir cette ouverture toujours béante, et quels inconvénients graves devaient en résulter pour le malheureux blessé. C'est ainsi que les os maxillaires, maintenus rapprochés par les tissus inodulaires des cicatrices multipliées, ne pouvaient s'écarter que fort peu l'un de l'autre. La parole, par le manque des dents et des lèvres, était très-altérée; quelques sons pouvaient seulement être articulés. La salive découlait sans cesse sur le menton quand un appareil n'était point placé au devant de l'orifice buccal, et la nourriture était nécessairement incomplète, puisque le malheureux en était réduit à ne prendre que des aliments liquides qui, quoique portés profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon, refluaient encore en partie au dehors, parce que les obstacles pour les retenir n'existaient plus depuis le fâcheux événement des boîtes.

Le malade ne devait donc pas être laissé dans cet état, et nous tenions trop à cœur nous-même de ne point le laisser sortir de l'hôpital sans lui avoir redonné des lèvres. Aussi, fort de la résolution du malade à se soumettre à l'opération dont nous l'avions déjà entretenu, et certain de la possibilité de son exécution, nous y procédâmes dans la matinée du 9 août. M. le docteur Arnaud nous assistait dans cette opération toute nouvelle pour notre hôpital.

Nous fîmes placer le malade sur une table longue recouverte d'un matelas garni d'alèzes; la tête et les épaules étaient relevées par des oreillers. Quoi-

qu'on conseille généralement, pour ce genre d'opérations, de faire asseoir les malades sur des chaises, il me paraît préférable peut-être de les opérer quand ils sont couchés. Le décubitus dorsal est moins fatigant pour eux. S'il survient quelque syncope, ce qui est assez ordinaire, on est moins embarrassé, et l'opérateur est, de toute manière, mieux à son aise. Quant à l'inconvénient du sang dans la bouche, outre qu'en opérant le malade assis, on n'en est pas complétement à l'abri, il suffit de le faire asseoir de temps en temps, et de le faire pencher en avant, pour en obtenir l'expulsion.

Mes aides étant ensuite convenablement disposés, et un drap plié en quatre, suivant sa largeur, ayant été placé sur le devant de la poitrine pour maîtriser plus aisément les mouvements qu'aurait pu faire le malade, je me mis à droite du patient et me disposai à commencer les incisions nécessaires.

Je ferai observer ici que, convaincu qu'on ne saurait apporter trop de précision dans la formation des lambeaux, j'avais eu la précaution auparavant de marquer, avec un crayon de nitrate d'argent fondu, la direction que je devais donner aux incisions, la trace laissée par le nitrate devant guider d'une manière sûre l'instrument tranchant.

Je procédai d'abord par la confection de la lèvre supérieure : ici la joue droite devait en fournir la plus grande partie, la joue gauche, toute criblée de cicatrices, ne présentant point assez d'extensibilité pour permettre de s'en servir. En conséquence, une première incision, commençant vers la commissure droite, fut dirigée transversalement vers l'apophyse coronoïde du même côté; elle comprenait toute l'épaisseur de la joue. Une deuxième incision partant de dessous l'aile droite du nez, aux limites de la cicatrice, fut pratiquée parallèlement à la première, jusqu'à la même distance, et par là se trouva formé un lambeau qui, ayant toute l'épaisseur de la joue, possédait la largeur de la lèvre que j'avais à faire. Ce lambeau, par son côté antérieur, fut avivé avec des ciseaux à bec-de-lièvre. Un autre lambeau, fort court, fut formé sur le côté correspondant de la joue gauche; il comprenait la petite partie restante encore de la lèvre; le bord antérieur de celui-ci fut encore régularisé et avivé.

Avant de les rapprocher et de les réunir, il fallut songer à aviver aussi les tissus cicatrisés de la partie postérieure et inférieure de la base du nez, et c'est en y procédant que le bistouri, taillant nécessairement un peu du fibro-cartilage de la cloison des narines et des ailes du nez, il devint évident que nous allions mettre ces tissus fibro-cartilagineux en contact avec le tissu musculaire des joues, pour qu'ils adhérassent ensemble. Les choses étant ainsi disposées, je cherchai à rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre, pour faire affronter leur bord antérieur; mais je ne pus pas d'abord y parvenir. Je songeai alors à augmenter l'extensibilité du lambeau principal, le lambeau droit, en incisant la membrane muqueuse qui le tapissait près de l'apophyse coronoïde, et en le disséquant un peu en dehors du muscle masseter, que je laissai intact. Dès ce moment, nos deux lambeaux purent être rapprochés et mis en contact. Ils furent maintenus, affrontés par deux points de suture entortillée. Leur bord supérieur fut tenu en rapport avec les joues et le bas du nez par trois aiguilles fixées aux points les plus convenables.

Il restait à confectionner l'autre lèvre, qui devait offrir plus de difficulté que la première, par la raison que le bord sus-mentonnier restant, inégalement découpé, présentait à gauche une échancrure que je voulais combler avec les lambeaux, pour éviter une fistule qui semblait immanquable sans cette précaution. C'est effectivement à cela que je prêtai mon attention par la forme que je donnai au lambeau principal pris encore sur la joue droite, les cicatrices de la gauche ne permettant pas d'utiliser cette dernière. Son bord supérieur était déjà formé par l'incision que nous avions faite pour la première lèvre, dans le sens de la commissure. Pour preparer le second, je fis descendre verticalement de la commissure, ou, pour parler plus exactement, du point qui avait correspondu, avant la blessure, à la commissure droite des lèvres, une incision verticale qui s'étendit vers la base de la mâchoire, et du bas de ce bord vertical partit une autre incision, dirigée en dehors et un peu en haut, de manière à se rapprocher quelque peu du supérieur en arrière. Ce lambeau qui, en partie, était libre par sa face interne, fut séparé de l'os dans sa portion adhérente, à l'aide du bistouri.

Restait à aviver le bord sus-mentonnier et le bord antérieur d'un très-petit lambeau pris à gauche. Comme le lambeau principal, le droit, ne pouvait aisément atteindre le gauche, je fis encore à la membrane muqueuse de sa face interne une double incision, qui ne dépassait pas l'épaisseur de cette dernière, et, dès ce moment, le rapprochement immédiat devint facile; il fut rendu permanent par deux aiguilles et la suture entortillée. Comme, avec les précautions que j'avais prises en faisant l'incision, le lambeau droit était plus large en avant qu'en arrière, il put combler l'échancrure dont j'ai parlé. Il ne resta plus qu'à le fixer en bas avec le bord sus-mentonnier par quelques points de suture entortillée, et de même en haut avec la joue, dont il avait été tiré, en laissant toutefois entre cette lèvre et la supérieure l'écartement convenable pour constituer l'ouverture buccale. Comme le pourtour de celle-ci était formé de bords saignants, j'attirai, avec des pinces à dissection, la muqueuse de leur face interne, et les en recouvris à l'aide de plusieurs points de suture à anse, précaution qui m'avait bien réussi dans la première opération.

Pendant l'opération, j'eus à lier quatre branches artérielles, au nombre desquelles l'artère faciale droite, qu'un élève avait été chargé de comprimer à son passage sur la base du maxillaire inférieur.

Tel est le descriptif du manuel opératoire que je crus devoir suivre pour cette laborieuse opération.

Le malade, nettoyé du sang qui recouvrait sa figure, son cou, etc., se rendit lui-même à son lit. Une seule compresse, imbibée d'eau fraîche, fut placée sur sa figure. On avait soin de la renouveler de temps en temps.

Silence, diète, boissons mucilagineuses introduites avec précaution entre les deux lèvres de nouvelle formation.

La première journée se passa bien : il y eut un suintement capillaire sanguin dans la bouche, mais qui n'offrait rien d'inquiétant.

Deuxième jour. Rien de nouveau, fièvre modérée : le malade est tranquille ; il demande un peu de bouillon, qu'on lui donne ; tisane de riz acidulée.

Quatrième jour de l'opération, visite du matin. Nous enlevons trois épingles de la lèvre supérieure : tuméfaction modérée des tissus. (Tisane, bouillon.)

Cinquième jour. Toutes les autres épingles sont enlevées. L'odeur que, dans cette saison chaude (mois d'août), le melange du sang et du pus avait produite, et quelques larves de mouches qui s'y étaient développées me forcèrent à enlever tous les fils et à nettoyer les lèvres avec soin. Je pus alors reconnaître que la réunion par première intention était presque complète. (Tisane, bouillon et semoule plusieurs fois par jour.)

Septième jour. Malaise général, frisson intense, apparition, quelques heures après ce frisson, d'un érysipèle qui envahit successivement la face, le front, les oreilles, mais qui ne dépasse point le cuir chevelu. Cet épiphénomène, qui s'était déclaré à la suite d'une secousse morale, nous avait inspiré pour les suites de l'opération quelques craintes, qui heureusement ne se réalisèrent point. Il suivit sa marche ordinaire et disparut sans provoquer des accidents.

Quatorzième jour. Les deux lèvres sont complétement cicatrisées. A peine la commissure droite suppure encore un peu.

Seizième jour, 25 août. Tout est desséché et cicatrisé. La guérison est telle que nous devons l'espérer.

Cette opération pourra paraître remarquable par les difficultés qu'il a fallu vaincre. C'est sur la joue droite, en effet, qu'il a fallu prendre la presque totalité des lambeaux formateurs de l'une et de l'autre lèvres, la gauche, à cause de ses nombreuses cicatrices, n'ayant pu y concourir que pour une petite partie. Des essais sur le cadavre m'avaient démontré la possibilité du résultat que nous avons obtenu. On aura aussi remarqué la rapidité de la guérison, malgré même l'apparition de l'érysipèle.

Le malade resta quelque temps encore à l'hôpital pour réparer ses forces, qu'une nourriture depuis longtemps incomplète avait fait diminuer. Pendant cet intervalle, nous fîmes intervenir l'art du chirurgien dentiste pour faire disparaître quelques dents qui, par suite des fractures, ne se correspondaient point et gênaient ainsi la mastication.

Notre opéré sortit de l'hôpital vers le milieu d'octobre pour aller reprendre son métier de forgeron. A cette époque, l'ouverture buccale était régulière, en ce sens que les commissures se trouvaient sur le même parallélisme et à égale distance de la ligne médiane. La lèvre supérieure était bien conformée et presque immobile. Quant à l'inférieure, elle présentait, vis-à-vis le point de rapprochement des deux lambeaux, une légère échancrure, produite par le retrait du tissu inodulaire qui s'y était développé. Vers ce point même, elle ne pouvait s'appliquer exactement sur la lèvre supérieure. De là résultait en partie la perte d'une certaine quantité de salive et de la gêne pour boire dans un verre. Mais le temps a amélioré cet état : ce tissu inodulaire a été modifié par l'absorption. Cette partie de la lèvre, naguère toute indurée, est devenue semblable au restant ; dès-lors celle-ci a pu s'appliquer en totalité par son bord libre sur celui de la supérieure : dès-lors aussi a cessé l'inconvénient de la déperdition de la salive.

Ayant eu l'occasion de voir assez souvent cet opéré, j'ai pu remarquer chez lui les modifications physiologiques qui se sont effectuées sur ses deux nouvelles lèvres. Pendant assez longtemps, elles ont été loin d'avoir la sensibilité spéciale de celles qu'elles remplaçaient ; leur sensibilité même était très-obtuse, presque nulle ; elles étaient aussi dépourvues, l'une et l'autre, de mouvement volontaire propre. C'est à ces deux causes plus encore qu'à la légère échancrure qui existait vers le tiers gauche de l'inférieure, qu'il fallait attribuer le reflux involontaire d'une partie des boissons qui étaient portées dans la bouche. Mais plus tard l'influx nerveux les a pénétrées, et elles ont acquis une sensibilité analogue, quoique plus faible encore, à celle qui était inhérente aux lèvres naturelles ; elles ont même recouvré, au moins l'inférieure, une certaine mobilité, qui ne manque pas d'être précieuse. C'est même à ces qualités que cet homme doit de pouvoir conserver en entier les boissons et la salive dans la bouche, et même de boire avec un verre sans laisser tomber aucune partie du liquide qu'il veut ingérer.

Ainsi le malade a gagné par cette opération, avec la formation des deux nouvelles lèvres, la facilité de pouvoir articuler les mots à peu près aussi distinctement qu'avant son accident, de pouvoir procéder encore à la mastication des aliments, de pouvoir retenir ceux-ci dans la bouche, ainsi que les boissons et la salive, et d'avoir pu enfin reprendre son ancienne profession.

Comme on a pu le voir par l'exposé des deux observations précédentes, les joues seules ont contribué à former les lèvres nouvelles. Réparer les lèvres naturelles, qui étaient perdues, avec des lambeaux taillés sur les joues, a été le but de l'une et de l'autre opérations. J'ai agi ainsi parce que le raisonnement et l'expérience des autres, au défaut de la mienne, m'indiquaient que c'était la meilleure manière de procéder pour obtenir les meilleurs résultats. C'est, au reste, ce que peut démontrer un coup-d'œil comparatif sur les diverses méthodes successivement préconisées pour réparer les lèvres perdues.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la méthode indienne, quoiqu'elle ait été employée de diverses manières par des célébrités chirurgicales de l'époque, telles que Dupuytren et Delpech, MM. Lallemand et Dieffenbach. On sait qu'elle consistait à figurer sur les téguments des parties voisines un lambeau de peau, qui, renversé ou tordu sur lui-même, était appliqué de manière à se recoller avec les bords rafraîchis de la solution de continuité. La rareté des guérisons obtenues par elle, et la défectuosité inévitable des meilleurs, ou plutôt des moins mauvais résultats qu'elle a pu laisser obtenir, malgré l'habileté de ces chirurgiens célèbres, l'ont

depuis longtemps plongée dans un oubli, dont on ne la relèvera probablement plus dorénavant. Comment par elle aurais-je pu parvenir jamais à restaurer deux lèvres perdues chez un même sujet?

Ce que l'on est convenu d'appeler méthode ancienne devenait aussi, dans les deux cas, complètement inapplicable. Elle n'est, en effet, que l'application de l'incision en V dans l'excision d'une tumeur cancéreuse, ou le rafraîchissement des bords d'une solution de continuité, et leur rapprochement rendu possible par la dissection continuée assez loin pour qu'ils puissent se rejoindre. Or, comme on doit le reconnaître aisément, elle ne peut se rapporter qu'à des solutions de continuité peu étendues, mais nullement à la perte totale d'une lèvre, et à plus forte raison de toutes les deux.

Quant à la méthode qui a été le plus généralement suivie dans ces derniers temps, et qu'on trouve décrite sous le nom de *française*, méthode à laquelle se rapportent principalement les noms de Chopart, de MM. Roux, de St-Maximin et Lisfranc, et qui consistait à séparer ces solutions de continuité, étendues à l'aide des parties molles du menton et de la peau du cou, je n'ai pas songé à l'employer, parce, pour ma première opération, je n'aurais pu avoir qu'une lèvre difforme, au lieu de la lèvre musculeuse et mobile que j'ai obtenue, et que, pour la seconde, elle ne m'eût jamais fourni les moyens de faire la lèvre supérieure, ne pouvant se rapporter qu'à la confection imparfaite de l'inférieure.

Bien plus avantageuse est la méthode à laquelle j'ai donné la préférence, et que je n'appellerai pas nouvelle, à l'imitation des chirurgiens modernes, qui, dans ces derniers temps, l'ont employée, puisqu'on la trouve décrite par Celse avec assez de détails pour qu'on puisse à bon droit lui donner son nom. Si on avait mieux médité le chapitre IX du 7me livre de l'ouvrage que ce grand homme de l'antiquité avait édifié à l'art de guérir, on n'aurait pas attendu ces dernières années pour emprunter aux joues des lambeaux convenables pour refaire les lèvres perdues par quelque accident ou désorganisées par des affections cancéreuses; car, après avoir indiqué la manière de traiter les pertes de substance peu étendues des lèvres, il décrit de la manière suivante le procédé pour réparer celles qui sont plus considérables. Je copie ses propres paroles : « *Ratio curationis ejusmodi est : id quod curtum est, in quadratum redigere; ab anterioribus ejus lineas transversas incidere, quæ citeriorem partem ab ulteriore ex toto diducant : deinde ea quæ sic resolvimus, unum adducere, etc.* » Or, il me semble qu'on ne peut donner à ce passage que la signification suivante :

« Telle est la raison du traitement à suivre : il faut régulariser ce qui est inégal; après quoi, des angles antérieurs (de la mutilation), on fait partir des incisions transversales qui séparent totalement la partie qui doit être en arrière de celle qui est en avant; on rassemble, on réunit ensuite les parties qu'on a ainsi détachées, etc. »

Mais ces quelques lignes, je le demande, ne contiennent-elles pas la description succincte, il est vrai, mais réelle de la méthode qu'on a ressuscitée dans ces derniers temps, et à laquelle j'ai dû les deux succès que j'ai ci-devant mentionnés? Honneur donc au génie de Celse d'avoir connu, d'avoir préconisé ce procédé que l'on n'avait pas su découvrir dans son livre, et honneur à la chirurgie de nos jours de l'avoir fait revivre, et de lui demander de belles guérisons quand les occasions s'en présentent! Ce ne sont pas, en effet, des simulacres de lèvres que l'on forme en le suivant, mais bien des lèvres réelles, ayant, comme les naturelles, une membrane muqueuse qui les tappise en dedans, une couche musculeuse qui leur donne la mobilité, et jusqu'à une membrane muqueuse sur le bord libre, qui peut ainsi acquérir la sensibilité spéciale qui leur convient.

Ajoutons encore qu'indépendamment des résultats plus avantageux qu'on obtient ainsi, la nouvelle méthode offre des difficultés bien moins grandes que les autres. Les chirurgiens qui pratiquent pour la première fois des opérations de cette nature craignent généralement que les lambeaux ne soient pas assez extensibles pour permettre la formation d'une ou deux lèvres. Eh bien ! ces craintes sont chimériques : on ne doit pas éprouver de difficulté sérieuse quand on peut prendre sur chaque joue un lambeau convenable, c'est-à-dire quand les joues sont saines. Et ma seconde opération démontrerait au besoin que, même avec une seule joue, on peut parvenir à trouver les lambeaux formateurs des deux lèvres. C'est, au reste, ce que m'avaient démontré des tentatives sur le cadavre avant de l'expérimenter sur le vivant.

Voici, enfin, en terminant, quelques conseils pratiques que m'a suggérés mon expérience dans ce genre d'opérations :

1° Comme ici tout doit être fait avec régularité, pour éviter des difformités, nous conseillons, quelque habitude que l'on ait des opérations, de tracer à l'avance, avec un crayon de nitrate d'argent, des lignes qui indiquent la limite des lambeaux et qui dirigent pour les incisions à faire. Nous, qui avons pour principe qu'il faut agir avec le plus de prudence possible, devrait-on même paraître minutieux, nous suivrions ce précepte, sans le regarder pour cela comme indispensable.

2° Il faut avoir soin à l'avance de faire extraire tous les débris de dents qui offriraient des inégalités, et même des dents entières qui auraient des déviations vicieuses. On pourrait, sans cette précaution, voir la lèvre reportée être ou perforée ou enflammée, ce qui contrarierait ou compromettrait même la guérison.

3° Une précaution utile sera de recouvrir, comme l'a conseillé le premier M. le professeur Serres, de Montpellier, le bord libre de la nouvelle lèvre avec la muqueuse de la face interne des lambeaux, qu'il suffira presque toujours de tirer avec les pinces pour pouvoir l'en recouvrir et l'y fixer par la suture à anse. La guérison sera plus facilement obtenue et la lèvre nouvelle aura une similitude de plus avec l'ancienne.

4° Si les lambeaux sont trop peu extensibles pour couvrir la solution de continuité, qu'on divise, par

une incision verticale, la muqueuse de leur face interne, qui, moins extensible que les autres parties des joues, constitue souvent le principal obstacle, sans toutefois dépasser son épaisseur. Si cette précaution devait être insuffisante, on disséquerait le lambeau en dedans, dans une certaine étendue, sur la face externe du muscle masseter, dont les fibres seraient respectées. On obtiendrait toujours ainsi une longueur suffisante.

5° Une autre précaution qui me paraît importante, c'est, à la suite des mutilations de la figure, d'éloigner des lambeaux les tissus durcis des cicatrices; leur présence dans les lèvres nouvelles, en gênant leurs mouvements, risque de rendre incomplet et imparfait le résultat que l'on désire obtenir.

6° On se rappellera également que l'ouverture nouvelle de la bouche, ayant toujours quelque tendance à se rétrécir pendant la cicatrisation de ses bords, devra être laissée d'abord un peu plus grande qu'elle ne doit l'être un peu plus tard, après la guérison.

§ X. — *Observations de guérison de surdité.*

La surdité est sans contredit une des affections les plus difficiles à traiter dans le plus grand nombre des cas, et le plus souvent tous les moyens de l'art échouent contre elle. Il importe néanmoins beaucoup, pour cette maladie comme pour les autres, de bien s'informer, quand on est consulté pour des cas de surdité, de la cause qui a pu la provoquer et qui l'entretient encore, parce que, de la connaissance de cette cause à celle du vrai traitement, il n'y a souvent qu'un pas facile à franchir. C'est ce que nous avons bien reconnu pour les deux cas que nous allons mentionner, où l'on verra que nous avons obtenu deux guérisons en suivant des indications très-faciles à apprécier, et qui avaient cependant échappé à d'autres. En relatant ces deux faits, nous n'avons pas l'intention de les annoncer comme extraordinaires, comme remarquables; mais il nous a semblé que leur publication pouvait être de quelque utilité, en engageant à ne pas considérer comme incurables, sans examen suffisant, certaines personnes, parce qu'elles sont sourdes, attendu que quelquefois il est très-facile de leur rendre l'ouïe.

Dureté considérable de l'ouïe consécutive à une inflammation chronique de l'arrière-gorge; usage local de l'alun; guérison.

Obs. I. — Je fus consulté, dans le mois d'octobre dernier, pour un jeune homme âgé de 18 ans, qui, depuis plus de cinq mois, avait une dureté très-considérable de l'ouïe qui donnait la plus grande inquiétude à sa famille. Un vésicatoire à la nuque et quelques vésicatoires aux bras étaient les seuls moyens qu'on avait employés pour combattre cet état.

Désirant parvenir à reconnaître la véritable cause de cette incommodité, peu ordinaire à cet âge, j'examinai attentivement le conduit auditif externe, qui n'offrit rien d'anormal. Ayant ensuite fait ouvrir la bouche, j'examinai, après avoir abaissé la langue, le fond du pharynx, dont la membrane paraissait plus rouge, plus tuméfiée qu'à l'état normal, recouverte même en quelques points d'une exsudation spendo-membrane. Les piliers du voile du palais participaient à cet état de phlogose chronique, ainsi que les amygdales, qui étaient même plus tuméfiées qu'à leur état ordinaire. Nous apprîmes en même temps que ce jeune homme avait été sujet à plusieurs angines, qu'il éprouvait encore habituellement une douleur sourde, un sentiment de sécheresse vers la cavité pharyngée, etc. Tout, en un mot, nous dénotait une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse gutturale, ainsi que des voisines.

Nous pensâmes alors que la membrane muqueuse qui tapisse la trompe d'Eustachi pourrait bien, par continuité de tissu, participer à cette phlegmasie chronique, être plus tuméfiée par suite, et obturer ainsi le conduit auditif pharyngé, ce qui serait une cause suffisamment explicative de l'infirmité existante. Et, voulant agir d'après cette présomption, qui nous paraissait entourée de bonnes probabilités, nous crûmes indiqué d'attaquer d'abord cette pharyngite chronique.

Comme depuis longtemps l'expérience nous avait démontré qu'une des substances les plus efficaces contre les inflammations chroniques des membranes muqueuses était le sulfate d'alumine et ses diverses préparations, je me décidai, sans attendre davantage, à conseiller l'usage d'un gargarisme formulé de la manière suivante :

Prenez :	Sulfate d'alumine. . . .	4 grammes.
	Miel rosat.	25 grammes.
	Eau.	225 grammes.

Il était indiqué de se gargariser quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Au bout d'une quinzaine, nous fîmes mettre 2 grammes d'alun de plus pour la même quantité de véhicule. Quelques insufflations d'alun porphyrisé furent également faites.

L'expérience ne tarda pas à démontrer que le véritable moyen curatif était trouvé. La phlegmasie gutturale se dissipa peu à peu, et d'une manière progressive, et, en même temps qu'elle se dissipait, on pouvait constater aussi la diminution de la dureté de l'ouïe. A un mois et demi de ce traitement, suivi avec assez de persévérance, la phlegmasie gutturale avait complétement cessé, l'arrière-gorge avait repris sa couleur normale, et il ne restait plus de traces de ce commencement de surdité symptomatique de la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse de la trompe d'Eustachi.

Surdité intense occasionnée par des corps étrangers dans le conduit auditif externe; guérison.

On a de la peine à comprendre qu'il y ait des gens assez peu attentifs sur les premiers soins qu'ils se doivent, pour laisser séjourner, sans s'en douter, pendant des années entières, des corps étrangers dans leurs conduits auriculaires, ce qui, cependant, leur fait perdre le sens de l'ouïe. J'ai vu néanmoins

plusieurs faits de ce genre dans les hôpitaux, et celui que je vais relater, et qui s'est présenté il y a deux ans à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu, en est un exemple assez remarquable.

Obs. II. — Un agriculteur, âgé d'une cinquantaine d'années, m'avait amené une de ses parentes qui désirait prendre conseil auprès de moi au sujet d'une maladie de poitrine dont elle était atteinte. Quand j'eus conféré avec cette malade, cet homme me dit qu'il aurait bien besoin que je pusse lui indiquer quelque remède capable de le débarrasser d'une bien incommode surdité dont il était atteint; mais, ajouta-t-il, on ne pourra malheureusement rien contre elle. Il me déclara en effet que, conformément à certains conseils qui lui avaient été donnés, il s'était appliqué des vésicatoires aux bras et à la nuque, mais sans résultat avantageux. C'était depuis une huitaine de mois que sa surdité s'était déclarée sans qu'il pût s'en expliquer la cause.

Sans avoir précisément l'intention d'entreprendre le traitement de cette infirmité, je jetai pourtant un coup d'œil vers les conduits auditifs, et je ne fus pas peu étonné de les trouver remplis par une espèce de bouchon fort dur, et dont le consultant ne se doutait point. Les tractions pour le retirer devenant trop douloureuses, je compris qu'il était plus convenable de le ramollir préalablement. En conséquence, je fis injecter de l'eau tiède dans l'une et l'autre oreilles, et le liquide y était en partie retenu par des tampons extérieurs. Au bout de trois quarts d'heure, je pus enlever de dedans chaque oreille un bouchon volumineux, composé de coton cardé qui, tout imprégné de cérumen desséché, formait un corps durci occupant les deux tiers de la longueur du conduit auditif. Eh bien! c'était ce même corps étranger, que l'incurie inconcevable de cet homme y avait laissé séjourner si longtemps, qui avait occasionné peu à peu la surdité, et celle-ci avait été en raison de l'accumulation des matières étrangères et de leur densité, et, partant, de la difficulté qu'avaient éprouvée les ondes sonores pour exciter la vibratilité de la membrane du tympan. Quelques injections émollientes furent prescrites.

Cet homme eut été à peine débarrassé de ces obstacles mécaniques qui obstruaient ses oreilles, qu'il put recevoir aisément les sons et que nous pûmes constater sa guérison.

§ XI. — *Tubercule du cervelet très-volumineux; hydropisie du troisième ventricule, s'accompagnant de céphalée, d'amaurose, etc.*

Obs. — Maximin R..., âgé de 17 ans, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 5 janvier 1838. Ce jeune homme, jusque là bien portant, avait commencé à s'apercevoir, trois mois auparavant et plus, d'une diminution de la vision qui avait été en progressant, au point qu'à l'époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, ses yeux, qui présentaient une dilatation très-considérable de la pupille, pouvaient à peine distinguer la lumière des ténèbres. Il avait à un haut degré le facies amaurotique. Il se plaignait en même temps d'une douleur sourde permanente vers la région occipitale, et souvent encore d'une douleur vague et indéterminée dans l'intérieur du crâne.

Il y avait, au reste, absence de fièvre le plus souvent, et intelligence intègre presque jusqu'aux derniers jours.

Quelques saignées générales, plusieurs applications de sangsues aux tempes, l'emploi modéré des calmans, un séton à la nuque qui coula pendant assez longtemps, des révulsifs sur le tube gastro-intestinale, etc., ne purent prévenir la mort qui survint dans le commencement du mois d'avril suivant.

Vers la fin de la maladie, la cécité était devenue complète, le jeune homme avait de fréquentes syncopes, mais l'intelligence n'éprouvait pas d'altération.

Autopsie. — Maigreur générale. Rétines et nerfs optiques paraissant exempts de lésions qui expliquent la cécité. En renversant le cerveau, nous apercevons, sur sa face inférieure et entre la scissure inter-lobaire antérieure et les pédoncules du cerveau, une saillie évidemment formée par du liquide. C'était le troisième ventricule qui était rempli d'une grande quantité de sérosité et dont la substance médullaire, qui en forme le plancher, ayant éprouvé une distention forcée, avait presque disparu on ne constituait plus qu'une couche lamellaire excessivement mince, de telle sorte que l'arachnoïde presque seule contenait cette sérosité exubérante et l'empêchait de s'écouler.

De la sérosité, mais en petite quantité, se trouvait aussi dans les ventricules latéraux. Aucune autre particularité digne de remarque ne se voyait au cerveau.

L'amaurose, dans ce cas, nous fut pleinement expliquée par la compression que cette quantité anormale de sérosité devait exercer sur le prolongement des nerfs optiques.

Mais le cervelet nous présenta encore une autre lésion fort remarquable, et qui nous expliqua complétement la douleur occipitale depuis longtemps existante. C'était un tubercule très-volumineux qui s'était développé dans l'épaisseur et aux dépens du lobe gauche du cervelet, et qui en occupait presque toute l'étendue. Il n'y avait effectivement en dehors de lui qu'une couche médullaire d'un centimètre d'épaisseur environ, toute ramollie dans la partie la plus voisine du tubercule. Celui-ci n'était point enkysté, comme le sont les corps de cette nature, au dire de MM. Gendrin et Léveillé, qui pensent que la matière tuberculeuse qui se forme au sein des masses nerveuses est constamment déposée dans une capsule. Il était encore à son état de crudité dans la plus grande partie de son étendue; il n'y avait effectivement un peu de ramollissement que vers son centre.

La mention de ce tubercule, à raison de son grand volume et de sa disposition non enkystée, m'a paru devoir être mentionnée dans ce travail.

§ XII. — *Commotion cérébrale; accidents consécutifs inopinément survenus; guérison.*

Une particularité remarquable des commotions cérébrales, c'est d'être exposées quelquefois à la réapparition de cet état de stupeur, de débilité fonctionnelle du cerveau qui caractérisent son début,

et cela presque au moment où rien ne faisait présager le retour de symptômes pareils. Disons toutefois que quoiqu'il soit presque impossible de les pronostiquer d'une manière certaine, il y a néanmoins quelques signes qui doivent les faire appréhender, savoir : lorsque l'amélioration qu'on obtient ne suit pas une marche bien franchement progressive; lorsque le pouls se conserve longtemps faible, lent, profond ; lorsque la face ne peut pas se débarrasser des traits appartenant à la stupeur. C'est alors le cas de se tenir sur ses gardes. Ces signes, malgré une amélioration notable, indiquent que le cerveau ne s'est pas entièrement relevé de son collapsus primitif, qu'il n'irradie point l'innervation avec assez de vigueur. Un moment alors peut venir où cet affaiblissement, augmentant tout-à-coup, risque d'anéantir en peu d'instants les derniers ressorts de la vie. Comme il est des auteurs qui mettent sérieusement en doute si on doit réellement rapporter ces symptômes si graves à une lésion vitale du cerveau, et qui pensent plutôt qu'on doit les considérer comme l'effet de lésions organiques, telles que contusions, solutions de continuité, ramollissements, etc., consécutifs de la commotion, il ne sera pas oiseux de relater ici l'observation d'un malheureux soldat que nous vîmes toucher aux portes du tombeau par le retour presque subit de ces symptômes primitifs, et d'où cependant nous pûmes le retirer par la médication énergique que nous commandaient les circonstances.

Nul doute pour nous que, dans ce cas, la lésion cérébrale n'ait été plutôt vitale qu'organique dans le sens qu'on attache à ces mots.

Obs. — Lagrée, voltigeur robuste, à tempérament bilioso-sanguin, fut transféré à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 1er novembre 1835, vers les 9 heures du matin, dans un état de stupeur complète. Les renseignements qui nous sont donnés nous apprennent que ce militaire s'est laissé tomber, la nuit d'auparavant, de la hauteur d'un premier étage, et que depuis cet accident il est resté sans connaissance. Les symptômes qu'il présente sont les suivants : assoupissement léthargique qui date du moment de la chute, insensibilité complète quoiqu'on le pince fortement, refroidissement des extrémités, respiration suspirieuse, narines, conduits auriculaires rougis par le sang ; pouls petit, lent, profond, à peine sensible ; absence de toute trace de contusion sur le corps. (Prescription : larges synapismes aux pieds, linges très-chauds promenés sur les extrémités et autour du tronc, infusion de citronelle.)

Le soir à 4 heures, commencement de réaction ; pouls un peu relevé, mais persistance du coma.

Le 2 novembre. Le malade est moins profondément assoupi ; il commence à répondre aux questions qu'on lui adresse ; mais il n'a aucun souvenir de l'accident qui lui est survenu : chaleur de la peau augmentée; pouls relevé; grande tendance à dormir. (Saignée, lavement purgatif, tisane de riz.)

Le 3 novembre. Diminution de la propension à la somnolence; idées plus libres, mais tête encore bien pesante, embarrassée. (15 sangsues derrière les oreilles, tartre stibié en lavage.)

Les jours suivants, malgré le mieux notable, nous remarquons que certains symptômes étaient persistants, stationnaires. Ainsi la tendance à la somnolence ne pouvait se dissiper complétement. Le malade se plaignait chaque matin d'avoir la tête lourde. Il conservait sur sa physionomie les traits de la stupeur. Son œil droit ne distinguait pas facilement les objets ; la pupille en était plus dilatée que celle du gauche. Une douleur sourde était perçue au fond de l'orbite du même côté. Le muscle palpébral droit paralysé ne pouvait relever la paupière de devant le globe de l'œil. Le pouls restait toujours faible, lent, embarrassé et inégal aux deux avant-bras. On s'en tenait au tartre stibié en lavage, aux lavements purgatifs, aux boissons adoucissantes, laxatives parfois ; des sangsues étaient de temps en temps appliquées derrière les oreilles ; plus tard ce fut un vésicatoire à la nuque. Ces moyens n'étaient suivis que d'effets momentanés. Cependant Lagrée restait levé une partie de la journée. Il cherchait, mais en vain, à secouer un reste d'engourdissement, qui l'ennuyait. Il mangeait pourtant le quart ou la demi-portion.

Le 28 novembre, vingt-huitième jour de l'accident. A la visite du matin, le malade se plaint d'avoir la tête plus lourde qu'à l'ordinaire ; il lui semble voir tourner les objets qui l'environnent ; état d'anxiété et d'abattement ; pouls petit, lent. On fait raviver le vésicatoire de la nuque. Lavement purgatif, bouillon.

Le soir, à 3 heures, face abattue, pâle; prostration extrême. Le malade n'a plus la force d'ouvrir les yeux. L'ayant fait relever sur son séant par un infirmier pour reconnaître si le vésicatoire de la nuque agissait, je m'aperçois que la tête tombe sur la poitrine par le manque d'action musculaire. Pouls plus profond, plus petit que jamais, insensible à un des avant-bras, ne se manifestant à l'autre que par un léger frémissement. La chaleur abandonne les extrémités.

Justement étonné de la rapidité avec laquelle les symptômes ont revêtu un caractère aussi fâcheux, et frappé de l'imminence du danger qui menace de si près l'existence de ce sujet qui, la veille, était à la demi-portion, je sens toute la nécessité de m'opposer à cette soudaine révolution des forces, que je crois devoir attribuer à un retour de la suspension des fonctions cérébrales et de l'état de collapsus duquel le cerveau ne s'était pas encore complétement relevé, et, plein de cette idée dans laquelle me confirmait encore le souvenir de quelques nécropsies sur des sujets décédés dans des circonstances analogues, et chez lesquels on n'avait point trouvé les lésions matérielles qu'on avait soupçonnées, je me hâtai de tenter de rappeler, vers la périphérie, l'action nerveuse prête à cesser complément, et à réveiller le cerveau qui, cessant d'irradier l'innervation, laissait toutes les fonctions s'éteindre. Dans cette vue, je fais appliquer aussitôt deux larges synapismes aux jambes, pendant que des linges bien chauds sont portés autour du corps. J'excite la muqueuse des fosses nasales avec de l'éther et même avec de l'ammoniaque ; deux vésicatoires sont également appliqués sur la face interne des cuisses pour continuer l'effet qu'auront commencé les synapismes ; enfin une potion avec l'eau de menthe et l'esprit de

Mindérérus est prescrite pour être donnée par cuillerée.

Cette médication active ne tarde pas à produire son effet. Trois heures s'étaient à peine écoulées que la chaleur était revenue à la peau, que le pouls devenait plus sensible, que le malade commençait à ouvrir les yeux. Dès le lendemain, il était dans un état assez satisfaisant et tout-à-fait hors de danger. Pendant plusieurs jours encore, nous voulûmes néanmoins insister sur ces moyens excitants. Un séton fut gardé quelque temps à la nuque.

Le 12 décembre, le malade était à la demi-portion.

De cette manière, nous vîmes se dissiper et disparaître sans retour des symptômes qui avaient si rapidement compromis l'existence de Lagrée, et qu'on ne pouvait en réalité attribuer qu'au retour du collapsus cérébral. Ce n'est en effet que par une interprétation pareille qu'on peut expliquer le danger qui était venu fondre avec tant d'imminence sur la vie de ce jeune homme, ainsi que le succès rapide des moyens thérapeutiques auxquels je eus devoir recourir.

Nous pourrions rappeler encore deux autres observations à peu près pareilles, dans lesquelles aussi il a été nécessaire de recourir à une médication excitante et très-active pour combattre le collapsus cérébral consécutif de la commotion. Certainement alors si, nous guidant d'après certains écrits qui tendraient à faire considérer ces accidents comme l'effet d'une phlogose cérébrale, nous avions eu recours à la méthode anti-phlogistique, nous aurions fait du mal et peut-être un mal irréparablement funeste. Heureusement que pour le médecien les théories ne sont prises en considération qu'autant que la saine observation démontre leur affinité avec la pratique, et que l'état général du malade, l'état de sa circulation artérielle, de ses forces, etc., lui viennent en aide, et lui indiquent la véritable conduite qu'il doit tenir !

(*Gazette médicale de Paris*, nos 35 et 36.)

---

38. *Clinique de l'Hôpital des enfants.* — M. Guersant fils. — Service de chirurgie.

1° *Blennorrhagie aiguë chez une petite fille de sept ans.*

Au n° 7 de la salle Sainte-Thérèse a été reçue ces jours derniers une petite fille âgée de sept ans, d'une constitution lymphatique, offrant un écoulement vaginal abondant, avec suppuration de la vulve.

Nous avons pensé d'abord avoir affaire à une de ces leucorrhées si communes chez les petites filles qui sont douées d'une constitution lymphatique, mais bientôt nous avons appris du père de cette enfant qu'elle avait contracté son mal dans des rapprochements qu'elle avait eus avec son frère.

Pour nous assurer de la vérité de cette assertion, et pour nous convaincre de la nature de l'écoulement de la petite malade, nous avons exigé des parents que le frère fût soumis à notre examen, ce qui ayant eu lieu, nous avons pu acquérir la certitude qu'il était affecté d'une chaudepisse. Voilà donc un écoulement, bien certainement de nature vénérienne, existant chez une petite fille, circonstance qui n'est malheureusement pas très-rare.

En outre de l'écoulement vaginal, la petite malade présente des ganglions engorgés aux aines, mais qui probablement ne dégénéreront pas en bubons; la membrane hymen persiste encore, ce qui permettrait de croire que la blennorrhagie a pu être communiquée à la petite fille sans qu'il y ait eu introduction du pénis. Le frère n'avait pas de chancres, et nous n'en avons pas non plus trouvé chez la petite fille.

Quel sera le traitement que nous adopterons dans ce cas ? Nous ne croyons pas que cette affection (la blennorrhagie) soit réellement de nature syphilitique : aussi nous en tiendrons-nous à l'usage des émollients, aux bains et aux lésions avec l'extrait de saturne. Nous avons perdu toute confiance dans le cubèbe et le copahu employés chez les femmes, depuis que nous n'en avons retiré aucun résultat favorable dans l'emploi fréquent que nous en avons fait à l'hôpital de l'Ourcine. Nous devons en dire autant des bains sulfureux.

L'écoulement de cette jeune fille se guérira-t-il plus vite que cela n'arrive d'ordinaire chez les petites filles scrofuleuses que nous recevons si fréquemment dans le service ? Nous croyons que l'on peut répondre affirmativement à cette question, attendu que, dans ce cas, la malade ne saurait être entretenue par le concours d'aucun vice constitutionnel.

Nous devons faire une remarque à l'occasion de cette petite malade. Il devient quelquefois nécessaire de déterminer si un écoulement existant chez une petite fille est ou n'est pas de nature vénérienne, ou, en d'autres termes, s'il a été ou non communiqué par le contact du pénis, car attendu la fréquence des blennorrhées chez les petites filles de la classe pauvre, où la scrofule est si commune, il en résulte que quand les enfants sont en apprentissage, les parents en font un coupable objet de spéculation, accusant les maîtres de n'avoir pas suffisamment veillé à la conduite des apprenties, et les menaçant de porter plainte en justice si on ne leur accorde pas les dommages qu'ils ont l'imprudence de réclamer.

Or, il est deux moyens capables de conduire à la connaissance de la nature de l'écoulement : le premier, très-fallacieux, se tire des caractères mêmes de l'écoulement, mais ce moyen et très-sujet à induire en erreur; le second, beaucoup plus péremptoire, est de parvenir à s'assurer par toutes sortes d'investigations possibles s'il y a eu rapprochement volontaire ou violent avec un homme.

Toujours est-il qu'il faut avant tout se méfier de la coupable cupidité des parents.

2° *Calcul vésical. Taille bi-latérale. Guérison.*

Le 19 août dernier, au matin, a été reçu, salle-Saint-Côme, n° 2, un petit enfant âgé de neuf ans,

pâle, un peu lymphatique, ayant eu, il y a quelque temps, la rougeole, et qui porte des cicatrices vaccinales.

Il est entré, il y a deux ans, à la Pitié, pour des coliques. Depuis plusieurs mois, il souffrait au moment où il allait uriner, ce qui détermina l'exploration de la vessie, dans laquelle on ne reconnut la présence d'aucun corps étranger. Aujourd'hui, il éprouve de la douleur lorsqu'il commence à uriner; quelquefois même l'émission des urines est tout à fait impossible. Les urines, d'ailleurs, sont muqueuses, quelquefois sédimenteuses.

Sondé une première fois, le 19 août, par M. Guersant fils, ce praticien a reconnu dans la vessie l'existence d'un corps étranger, et s'est demandé pourquoi elle avait échappé aux recherches faites à la Pitié. M. Guersant reconnaît que rien n'est plus facile que ces sortes d'erreurs, qui peuvent aussi bien dépendre de la petitesse du calcul, comme de son adhérence à un point quelconque de la surface intérieure de la vessie. D'ailleurs on doit raisonnablement admettre que lors de l'exploration de la vessie faite à la Pitié il y a deux ans, le calcul devait être beaucoup plus petit; et notons que déjà les signes fournis par le cathérisme indiquent, aujourd'hui même, un calcul de petite dimension.

Pour démontrer, du reste, combien la pierre échappe facilement aux recherches que l'on pratique avec le cathéter lorsqu'elle est peu volumineuse, nous n'aurons qu'à rappeler le cas qui s'est présenté l'année dernière dans le service. Il s'agissait d'un enfant qui, depuis longtemps, présentait les signes rationnels de la pierre, et que nous considérâmes comme étant atteint d'une affection spasmodique de la vessie, le cathétérisme plusieurs fois répété, et par diverses personnes, M. Leroy (d'Etiolles), entre autres, n'ayant jamais fait découvrir la présence de la pierre. Ce malade étant mort d'une angine gangréneuse, on trouva dans la vessie un petit calcul de la grosseur d'un petit pois, qui paraissait avoir adhéré à un des points de la surface de la muqueuse végétale par l'une des moitiés de la surface.

On voulait laisser au petit calculeux le temps de s'habituer à l'air et à la nourriture de l'hôpital, avant de procéder à l'opération. La douleur continuait toujours de se faire sentir au moment où il allait uriner, mais jamais il n'avait souffert et ne souffrait pour lors non plus en urinant; ajoutons que le jet de l'urine n'avait jamais non plus été interrompu.

Sur ces entrefaites, le petit malade fut vu et examiné par M. Lallemand de Montpellier, qui constata aussi l'existence du calcul.

L'expérience ayant appris à M. Guersant que la lithotritie est une opération à éviter autant que possible chez les enfants, surtout à l'hôpital, d'abord à cause de l'indocilité des malades, et ensuite parce qu'elle traîne le traitement en longueur, ce qui les expose à gagner les maladies qui règnent épidémiquement à l'hôpital des Enfants, ce chirurgien, ayant égard d'ailleurs aux résultats favorables que l'on obtient par la taille, a soumis, le 26 août dernier, le malade à cette opération.

La taille bi-latérale a été pratiquée sans de grandes difficultés, si l'on en excepte pourtant celles qui sont résultées d'une hémorrhagie abondante qui a accompagné cette opération. Le calcul n'était pas adhérent, et, nonobstant, l'opérateur a éprouvé quelque peu de difficulté à le saisir : son volume était celui d'une grosse olive, et était muriforme de sa nature; il était recouvert d'une couche celluleuse organique très-mince. Etait-il suspendu à un des points de la vessie? Coiffé par la membranule qui le recouvrait, n'était-il pas d'abord adhérent à un des points de la surface de la vessie, d'où il aurait facilement été décroché par la tenette? Cette circonstance expliquerait au moins pourquoi le jet de l'urine n'a jamais été interrompu; pourquoi encore le calcul n'a pas été trouvé à la Pitié; et enfin, pourquoi le petit malade n'a jamais présenté l'ensemble bien caractérisé des symptômes que présentent les calculeux.

Quoi qu'il en soit, cette opération n'a été suivie d'aucun accident sérieux. Le soir seulement de l'opération, l'écoulement du sang s'est renouvelé, mais avec peu d'intensité, et a bientôt cédé aux lotions froides.

Le 1er septembre, les urines passaient encore par la plaie, qui tendait déjà à se rétrécir. Depuis la cicatrisation n'a pas cessé de marcher avec régularité.

Le 16 septembre, le petit opéré quittait l'hôpital, étant parfaitement guéri.

3° *Imperforation du conduit auditif externe, avec déformation du pavillon de l'oreille.*

Un petit garçon de deux à trois ans, présentant une imperforation des deux conduits auditifs externes, avec déformation des pavillons des oreilles, a été admis dans le service vers le commencement du mois d'août dernier. Cet état, qui existait de naissance, bien entendu, n'a été observé qu'un très-petit nombre de fois. Se complique-t-il nécessairement de surdité et conséquemment de mutisme? C'est ce dont il fallait s'assurer, dans ce cas au moins, avant d'entreprendre aucune opération dont le but aurait été d'établir la portion non existante du conduit auditif externe.

Or, voici ce que l'on a remarqué à cet égard. Le petit sujet entend assurément les bruits qui se font près de lui; on en a acquis la certitude depuis qu'il est à l'hôpital. Il a toujours habité la campagne, où, ayant été à même d'entendre tous les jours bêler des moutons, il a appris à imiter le bêlement; de même que le habil du perroquet, attendu qu'il y en avait un dans la maison où il demeurait; ajoutons encore qu'il écorche les mots papa et maman. Tout ceci démontre qu'il n'est pas absolument sourd, que les oreilles moyenne et interne présentent leur organisation normale, et qu'il y a tout lieu d'espérer qu'en remédiant à l'absence du conduit auditif externe et en mettant la membrane du tympan en contact avec l'air atmosphérique et conséquemment avec les ondes sonores, on rendra à cet enfant la faculté de bien entendre et par suite d'apprendre à parler.

Que faut-il faire pour remédier à cette difformité? Nous nous proposons, dit M. Guersant, de faire à la

hauteur présumée du conduit auditif externe, une ouverture avec perte de substance, dont nous opérerons l'élargissement au moyen d'un corps dilatant, tel que l'éponge préparée, par exemple. Enfin nous remplacerons celle-ci par une canule en argent permanente, qui sera laissée en place jusqu'à ce que la cicatrisation soit achevée.

Telle était l'opération que M. Guersant se proposait de pratiquer dans ce cas exceptionnel, et qui de fait fut pratiquée vers le milieu du mois d'août.

Une ouverture fut faite au niveau et dans la direction du conduit auditif externe, derrière l'antitragus; il s'écoula une quantité de sang assez notable pour rendre nécessaire le tamponnement; mais attendu que l'écoulement du sang reprenait toutes les fois que l'on voulait examiner la partie, on substitua le simple tamponnement, celui fait avec le coton saupoudré de colophane.

Le 19 août, c'est-à-dire huit jours après l'opération, on n'avait pas encore pu apprécier la portée de celle-ci et le résultat que l'on devait en attendre. Attendons que la suppuration soit établie, disait M. Guersant, et peut-être alors verrons-nous mieux si nous avons réellement agi dans la direction du conduit auditif externe. L'opération avait été tentée sur un seul côté, bien attendu, le côté droit.

Le 26 août on avait acquis la certitude que l'ouverture pratiquée avait réellement été mise en communication avec le conduit auditif externe; on croyait même apercevoir la membrane du tympan. Mais alors le petit malade avait été atteint d'une rougeole bénigne qui marchait avec beaucoup de régularité.

Nous reviendrons prochainement sur ce cas aussi rare qu'intéressant.

4° *Carie de l'apophyse basilaire de l'occipital. Mort subite. Autopsie.*

Dans les premiers jours du mois d'août dernier est entrée dans le service, au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse, une petite fille âgée de treize ans, qui accusait une gêne telle du cou qu'elle mettait obstacle à toute sorte de mouvements. On ne remarquait qu'un peu de gonflement aux parties latérales de cette région, pas de gibbosité, mais, au contraire, une légère dépression en arrière.

La première pensée de M. Guersant fut qu'il s'agissait d'une carie vertébrale. Voici comment il s'exprima à ce sujet dans sa leçon clinique du 19 août dernier : « Indubitablement il s'agit ici d'une carie vertébrale, dont les symptômes évidents ont seulement commencé il y a quelques jours. Les sangsues que nous avons fait appliquer tout d'abord n'ont agi que comme moyen palliatif, nous n'en doutons pas, et l'amélioration qu'elles ont procurée et qu'elles ne manquent presque jamais de produire en pareil cas ne sera malheureusement pas de longue durée.

Quelle médication leur ferons-nous succéder? Les moyens dont nous ayons eu le plus à nous louer jusqu'à présent, ce sont les cautères volants, c'est-à-dire qu'on ne laisse suppurer que quelques jours seulement, et auxquels on en fait promptement succéder d'autres dès que les premiers sont à peu près complétement cautérisés. Nous établissons ces cautères au moyen de la pâte de Vienne. Quand l'escharre est tombée, nous faisons panser la plaie avec de l'onguent de la mère, et nous ne mettons pas de pois pour entretenir la suppuration. En agissant de la sorte, nous nous trouvons avoir établi en quelques jours un grand nombre de cautères.

Voulant agir, dans le cas qui nous occupe, avec plus d'énergie, négligeant la pâte de Vienne, nous avons eu recours à quatre points de feu.

L'escharre produite a été assez profonde; la suppuration sera suffisamment abondante, et nous espérons obtenir ainsi un bon résultat.

Toutefois, dans les premiers jours de septembre, la déglutition devint difficile, ce qui fit soupçonner un rétrécissement du pharynx; le cou était légèrement renversé en arrière, et, dans les mouvements qu'elle faisait, la petite fille portait sa tête avec ses mains, afin d'éviter les secousses. D'ailleurs les amygdales n'étaient par conséquent pas la cause de la gêne qu'éprouvait la déglutition; ajoutons qu'en portant le doigt dans le pharynx, on rencontrait manifestement de la fluctuation. Un jour que la petite malade était debout, elle s'écria tout à coup qu'elle allait tomber. Les personnes voisines la soutinrent, la couchèrent, et depuis lors elle n'osa plus bouger jusqu'au moment où, sans agonie et en pleine connaissance, elle mourut tout à coup.

Qu'a démontré l'autopsie? Il y avait un abcès, en effet, au niveau du pharynx, au devant de la région cervicale de la colonne vertébrale, mais il n'y avait pas de carie vertébrale. La carie occupait l'apophyse basilaire de l'occipital. Rien n'est venu expliquer la mort instantanée qui a eu lieu. Notons toutefois que les ligaments de l'articulation occipito-atloïdienne étaient ramollis, et que dans un mouvement porté un peu trop loin, il a pu en résulter la compression de la moelle, ce dont on n'a pas eu, toutefois, la certitude en procédant à l'examen nécroscopique.

5° *Extirpation d'une tumeur représentée par des ganglions lymphatiques dégénérés, occupant la partie supérieure latérale du thorax, près de l'aisselle.*

Cette opération a été pratiquée dans les premiers jours du mois d'août, chez une petite fille de douze à treize ans. La tumeur était représentée par des ganglions lymphatiques qui, depuis plusieurs années, entretenaient dans cette région une suppuration continuelle et plusieurs points fistuleux. La tumeur présentait trois pouces environ dans son grand diamètre et deux dans le petit. Son extraction a présenté quelques difficultés à cause du grand nombre de vaisseaux qui ont été ouverts, qui ont été liés à mesure, et qui ont fourni un écoulement ment de sang qui masquait la surface sur laquelle devait porter l'instrument tranchant. Le pédicule de la tumeur a été lié, et celle-ci a été excisée ensuite.

La cicatrisation de la plaie a marché avec assez de rapidité; la suppuration a été abondante, surtout sous le grand pectoral, où la tumeur envoyait des ramifications.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident, si ce n'est une douleur assez vive qui est survenue le lendemain, et qui a cessé promptement.

Le 26 août la cicatrisation était presque entièrement achevée.

La pratique adoptée dans ce cas par M. Guersant est suivie depuis plusieurs années par. M. Baudens, qui y a recours toutes les fois que la tumeur ne se termine pas promptement, soit par suppuration, soit par suite de l'emploi des fondants. M. Velpeau paraît avoir adopté aussi une semblable pratique, que blâment hautement les partisans de la médication interne. Quoi qu'il en soit, c'est, à notre avis, une opération à laquelle on ne doit pas se déterminer trop légèrement; car le plus communément les difficultés en sont plus grandes qu'elles ne paraissent devoir l'être de prime abord, et augmentent à mesure que l'on avance, surtout quand on opère sur des régions délicates, telles que le cou, l'aisselle, l'aine ; et c'est précisément dans ces régions que l'on a le plus souvent occasion de la pratiquer.

(*Ibidem*, n° 116.)

D. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

—

SÉANCE DU 16 AOUT.

SUR LA PHYSIOLOGIE DES ACALÈPHES.

M. Milne Edwards rend compte des observations qu'il a faites sur une nouvelle espèce d'*équarée* acalèphe, qui appartient à la division des méduisaires dites cryptocarpes, et qui, loin d'être privée d'organes reproducteurs, a presque toute la face inférieure du corps couverte par l'appareil de la génération ; cet appareil consiste en une multitude de lamelles saillantes qui flottent à l'extérieur, et qui logent tantôt les ovaires, tantôt les testicules reconnaissables aux zoospermes dont ils sont gorgés.

M. Milne Edwards fait encore reconnaître un acalèphe, qui constituen le type d'un nouveau genre de la famille des béroïndiens, et qui a été nommé par lui *lesueuria vitrea*. Ce zoophyte se distingue par l'existence d'un système nerveux très-analogue à celui des salpa, et est surmonté de même par un organe oculiforme.

L'auteur s'occupe du *beroe ovalus* et décrit l'organe oculiforme central de cet acalèphe, les pores, qui chez lui font les fonctions de l'anus, le système vasculaire et le mode particulier de circulation du fluide nutritif chez cet animal. Enfin, il traite des stéphanomies, et, après avoir décrit deux espèces de ce genre, il fait connaître l'existence d'organes sexuels distincts chez ces animaux.

Composition de l'air atmosphérique de Paris.

M. Boussingault lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la quantité d'acide carbonique contenu dans l'air de la ville de Paris.*

M. Boussingault a cherché à déterminer la quantité de gaz produite par les différents foyers de combustion et de respiration. Ainsi le nombre des chevaux existant à Paris est de 31,000. En 1789, Lavoisier en avait compté 21,000. Or, un cheval émet en 24 heures, par la respiration et la transpiration, 4 mètres cubes de gaz acide carbonique. Les chevaux ensemble émettent donc à Paris, 132,870 mètres cubes d'acide carbonique par 24 heures.

Quant aux combustibles, on consomme à Paris, dans un jour, 1,184,380 kilogrammes de bois, produisant 855,385 mètres cubes de gaz acide carbonique.

En résumant les tableaux établis par l'auteur, et qui portent sur le gaz acide carbonique produit par la respiration des hommes et des animaux, la combustion du bois, du charbon etc., M. Boussingault a trouvé que la quantité de ce gaz produit par la population est de 330,777 mètres cubes.

Les chevaux.	132,870
Le bois à brûler.	855,385
Total.	2,944,241

L'analyse n'a cependant pas montré une grande différence entre l'air de la campagne et celui de Paris.

En effet, l'air de Paris contient 0,000,413 d'acide carbonique en volume ;

Et l'air de St-Cloud contient 0,000,414 *id.*

Myotomie rachidienne.

M. Jules Guérin lit un mémoire intitulé : *Remarques sur le traitement des déviations de l'épine par la section des muscles du dos.* (Nous publierons ce travail dans un de nos prochains numéros.)

Pain fait avec une farine artificielle.

M. Lassaigne présente à l'Académie un pain préparé avec une farine artificielle, composée des substances suivante :

Gluten de froment desséché . . .	17 gr.	5
Fécule de pommes de terre . . .	75	
Sucre	3	7
Comme	3	7

Cent parties de cette farine, pétrie avec de l'eau dans laquelle on avait délayé un peu de levure et de sel, ont fourni après la fermentation et la cuisson au four 115 gr. 5 d'un pain qui, par sa couleur et son aspect, se rapproche un peu du pain de seigle.

Injection de la gélatine dans les veines.

M. Donné communique à l'Académie le fait suivant, pour être transmis, à titre de renseignement, à la commission de la gélatine : il a constaté qu'une dissolution gélatineuse assez concentrée pouvait être injectée dans les veines des chiens sans déterminer d'accident notable.

Nature végétale de la teigne faveuse.

M. Gruby répond aux réclamations de priorité qui ont été élevées au sujet de sa découverte, que ceux qui l'ont revendiquée ont seulement signalé l'existence d'un cryptogame dans les pustules de la teigne, tandis que, pour lui, cette maladie elle-même n'est autre chose que le développement d'un

végétal dont toutes les phases d'évolution correspondent aux périodes successives de l'affection.

M. Gruby ajoute qu'il a découvert une autre plante dans la bulle du rupia.

Nature et traitement des fièvres intermittentes pernicieuses.

M. le docteur Scott, qui a déjà envoyé un travail sur les épidémies de fièvre intermittente pernicieuse de Grenade, rappelle qu'il a surtout eu en vue de fixer l'attention sur ces deux points, savoir :

1° Que, dans les fièvres de ce genre, le siége du mal paraît être dans le cerveau et dans la moelle épinière, qu'il a trouvés à l'autopsie notablement ramollis ;

2° Qu'il est le premier qui ait employé dans ces cas le sulfate de quinine à haute dose.

Organes de sécrétion de la sueur.

M. le docteur Giraldès adresse la lettre suivante :

« Les anatomistes ne sont pas tout à fait d'accord sur l'existence des glandes tégumentaires chargées de sécréter la sueur, leur position et leur disposition, et le moyen convenable pour les étudier et les démontrer.

« Ces organes, décrits pour la première fois par M. le professeur Breschet, dans son mémoire sur la peau, ont été, depuis la découverte de ce professeur, étudiés et figurés dans plusieurs ouvrages allemands par MM. Purkinje, Gurlt, Wagner, Berres, Arnold, etc., etc.; cependant, malgré le témoignage d'autorités aussi puissantes, quelques anatomistes d'un mérite élevé doutèrent et doutent encore de leur existence. Dans cette occurrence, il était important d'étudier ces glandes, si elles existaient, et de chercher quelle pouvait être la cause qui en avait imposé aux anatomistes, et enfin de trouver un moyen convenable pour les démontrer.

« Ces glandes existent en très-grand nombre à la paume de la main et à la surface plantaire; dans ces régions, ces organes, très-nombreux et très-développés, permettent de les étudier complétement ; elle existent encore dans les régions garnies d'une assez grande quantité de poils, les aisselles, le périnée, le mont de Vénus, la tête et enfin sur toute la surface du derme ; mais dans ce dernier point elles sont très-petites et presque rudimentaires. Ces organes sont constitués, non pas par de simples canaux divisés à leur extrémité, mais bien par un canal étroit, lequel traverse toute la surface du derme pour aller se loger dans la couche graisseuse; quelquefois ils marchent très-loin dans l'épaisseur de cette couche; à l'extrémité des doigts, par exemple, ils semblent la traverser en totalité ; arrivés dans ce point, ces canaux se dichotomisent quelquefois; mais le plus souvent ils sont simples et ils s'enroulent sur eux-mêmes de manière à former des peletons, quelquefois enroulés sur le même plan, et d'autres fois en formant des courbes spéroïdes; ce sont ces masses ainsi enroulées qui ont été représentées comme terminant le vaisseau glandulaire. Avec une pièce convenablement préparée, il est facile de voir ces canaux traverser le derme et former les pelotons en question. Cette disposition, que je viens de décrire, a été constatée par M. le professeur Serres sur une pièce que ce savant professeur a eu la bonté d'examiner. Telle est la disposition des glandes de la peau chargées de sécréter la sueur; dans l'espèce humaine, cette forme est tout à fait unique et elle rappelle très-bien les formes élémentaires des glandes des insectes; elles servent encore à démontrer la série des développements que subissent les glandes depuis leur état rudimentaire jusqu'à former des masses agglomérées et très-compliquées.

« La confirmation de ce fait ajoute un degré de force de plus aux conceptions des anatomistes sur les analogies que présente la peau avec la membrane muqueuse. La physiologie et la pathologie trouveront assurément dans ce fait quelques éléments importants qui modifieront un peu les idées admises sur les fonctions de la peau.

« Les moyens qu'on employait ordinairement pour découvrir ces organes devaient nécessairement amener les observateurs à des résultats négatifs; en effet, on examinait la peau presque toujours dépouillée de sa couche graisseuse, et toutes les fois qu'on opère ainsi, on a des parties très-incomplètes; car les terminaisons glandulaires logées dans ces tissus sont séparées et enlevées; une seconde cause d'erreur, c'est l'emploi qu'on faisait de tranches de peau très-minces, car toutes les fois qu'on emploie ce moyen, les canaux sont coupés complétement; c'est par un pur hasard que l'on conserve dans la même coupe des canaux complets et leur terminaison. Pour bien les étudier et pouvoir les démontrer convenablement, il faut prendre un morceau de peau de la paume de la main ou de la plante des pieds, garni de son tissu graisseux; faire macérer pendant vingt-quatre heures dans de l'acide nitrique étendu de deux parties d'eau; macérer encore la peau pendant le même temps; couper ensuite des tranches de l'épaisseur d'un millimètre, et les soumettre à une légère compression entre deux lames de verre. La peau, ainsi préparée, devient transparente, les prolongements épidermiques qui tapissent l'intérieur des canaux se colorent en jaune, et on a par ce moyen des canaux rendus très-visibles par cette coloration; ce moyen permet encore de voir la forme des papilles, et d'examiner le tissu qui les compose.

Albinisme.

M. Guyon a observé à Alger deux cas d'albinisme; il le divise en albinisme complet et en albinisme partiel. Cette seconde espèce peut se développer accidentellement; c'est, d'ailleurs, la plus commune, et elle attaque même les Européens qui habitent l'Algérie. La première est plus rare; elle est toujours congénitale et n'affecte que les Arabes.

Dissolution des calculs urinaires et des concrétions goutteuses.

M. de Bonys a constaté le fait de la transformation de l'acide urique en acide hypurique, sous l'influence de l'acide benzoïque. On sait que l'acide

urique et les urates sont peu solubles dans l'eau, tandis que l'acide hypurique et les hypurates le sont beaucoup plus. En effet, 10 parties d'eau dissolvent une partie d'hypurate de chaux, tandis qu'il en faudrait 440 pour dissoudre une partie d'urate de chaux. Deux essais faits sur ces principes, dans le service de M. Rayer, à la Charité, ont déjà produit quelques résultats.

SÉANCE DU 23 AOUT.

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

MM. Fordos et Gellis annoncent qu'en employant dans l'appareil de Marsh divers échantillons de zinc purifié et ne contenant aucune trace de soufre, ils ont constaté la production d'une quantité notable d'acide sulfhydrique, qu'ils attribuent à la réduction partielle de l'acide sulfurique par l'hydrogène naissant.

Lorsque le phénomène se passe dans une liqueur arsenicale, les taches qu'on obtient deviennent moins abondantes, et leur aspect, ainsi que leurs propriétés chimiques, changent complétement; la couleur varie depuis le jaune clair jusqu'au rouge sombre. Elles ressemblent aux taches de crasse, en ce que l'acide azotique les dissout difficilement; l'eau régale les fait disparaître à l'instant même, et la dissolution, traitée par l'azotate d'argent, donne la coloration rouge-brique de l'arséniate d'argent.

Ces messieurs font observer que, lorsque l'acide sulfhydrique se produit dans une liqueur acide contenant de l'acide arsénieux, ces deux corps doivent se décomposer mutuellement et produire un sulfure d'arsenic; ce qui, dans le cas où on n'aurait à retrouver qu'une très-faible quantité de poison, pourrait faire qu'elle échappât à l'expert.

SÉANCE DU 30 AOUT.

Rapport entre les sécrétions biliaire et urinaire.

M. de Martino envoie sur cette question un travail duquel ressortent les faits suivants : Chez les reptiles, la sécrétion de la bile et celle de l'urine sont des fonctions d'hématose. Deux ordres de veines émanent des reins; les unes, veines rénales externes, sont chargées, de concert avec les artères, de fournir les matériaux de la sécrétion, tandis que les autres, veines rénales internes, sont les seuls vaisseaux efférents et rapportent le sang qui a servi à la sécrétion.

Tout annonce qu'il existe chez les animaux de cet ordre un rapport, une sorte de balancement entre les deux sécrétions de la bile et de l'urine; car d'abord le sang qui revient de la queue et des membres postérieurs se distribue également au foie et aux reins. En second lieu, M. de Martino a lié alternativement les veines rénales externes et la veine porte, et il a vu qu'en empêchant le sang de se porter vers le rein, par exemple, la sécrétion biliaire était augmentée, et réciproquement.

MM. Duméril, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et Breschet sont chargés d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à l'Académie.

Myopie et disposition à la fatigue des yeux.

M. Bonnet, de Lyon, adresse à l'Académie un mémoire sur ces deux sujets. (Voir ci-dessus, 6e section.)

Terre employée en Chine comme aliment.

Dans l'analyse qu'il a faite cette terre, M. Payen a trouvé 50 pour 100 de silice, et une certaine quantité de magnésie et d'alumine. Elle contient aussi un peu de matière organique qui a une odeur aromatique remarquable et une saveur un peu poivrée : cette matière organique a fourni par l'analyse 2 millimètres d'azote. M. Payen pense que cette terre pourrait être utile comme engrais, et que, sous ce rapport, il y aurait de l'intérêt à étudier sa composition.

Transformation des préparations mercurielles au moment de leur absorption.

M. Mialhe a cherché à résoudre cette question : A quel état les médicaments composés de substances métalliques pénètrent-ils dans l'économie? Dirigeant spécialement ses recherches sur les préparations de mercure, il a trouvé que, quel que soit le sel mercuriel qu'on administre, c'est toujours à l'etat de sublimé corrosif qu'il se trouve en définitive absorbé. Le mercure métallique lui-même est alors transformé en bi-chlorure, toutes les fois qu'il est en contact avec de l'air et de l'eau salée.

Commissaire : MM. Magendie, Dumas et Pelouze.

Composition de baume de Tolu.

M. Deville, en expérimentant sur le baume de Tolu du commerce, a reconnu qu'il contient non-seulement de l'acide benzoïque, mais aussi de l'éther benzoïque, produit dû à la combinaison de l'acide benzoïque et de l'alcool. Il a également trouvé dans ce baume un hydrogène carboné nouveau, qui a pour formule 20 de carbone et 16 d'hydrogène.

Commissaires : MM. Thénard, Chevreul et Dumas.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE.

Lithotritie.

M. Larrey lit, au nom de MM. Roux et Breschet et au sien, un rapport sur divers instruments de lithotritie, présentés par M. Leroy d'Etiolles au mois d'avril 1840. Ces instruments sont destinés à aller chercher dans la vessie les fragments d'instruments métalliques qui y auraient été perdus.

La commission estime que ces instruments ne présentent aucun des avantages que leur assigne leur auteur; que, au contraire, vu leur volume considérable, ils ne pourraient pas être introduits sans donner lieu à des hémorragies et à des déchirures. Il vaudrait mieux faire une incision au périnée pour aller à la recherche des corps étrangers à extraire.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer ces instruments à leur auteur. — Adopté.

M. Larrey fait aussi un rapport sur un instrument lithotriteur présenté par M. Cazenave, de Bordeaux. La commission a pensé qu'il est inutile de porter un jugement sur toutes les modifications particulières qu'on peut faire subir à un instrument déjà connu; que, d'un autre côté, les modifications proposées par l'auteur, loin de simplifier le mécanisme de l'instrument, le compliquent au contraire et en rendent l'emploi plus difficile.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer l'instrument à son auteur, tout en le remerciant de sa communication, et en l'engageant, dans ses recherches ultérieures, à viser à la simplification de l'appareil instrumental. — Adopté.

Composition du sang dans les maladies.

M. Félix Hatin lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la partie blanche du sang, vulgairement appelée fibrine.* Les recherches de MM. Andral et Gavaret, dit l'auteur, en signalant la surabondance de la fibrine dans les inflammations, me mettent dans la nécessité d'ajouter de nouvelles preuves à celles que j'avais déjà données pour montrer que la couenne du sang n'est pas un indice certain de l'état inflammatoire; car cette fibrine n'est autre chose que ce qu'on appelle la couenne, ou, si l'on adopte l'expression que j'ai proposée, de l'hémaleucine. Or, j'ai démontré qu'on peut en provoquer ou en empêcher la formation, quel que soit l'état du sang, en le laissant reposer, ou en le battant au sortir de la veine. J'ai établi que la proportion de fibrine dans le sang humain est de six millièmes, mais qu'après le repas, cette quantité peut s'élever au double et quelquefois au triple. J'ai encore fait voir que, pendant la grossesse, du moins pendant la seconde moitié, la quantité de fibrine augmente également. Si donc l'augmentation de ce produit a lieu dans des circonstances purement physiologiques, ses variations ne peuvent plus être un signe certain de maladie. D'ailleurs, on a cherché en vain l'hémaleucine pendant l'existence d'inflammations tranchées, tandis qu'au contraire on la trouvait dans des affections qui n'ont rien de phlegmasique dans leur essence, telles que les scrofules, la goutte, etc. C'est donc aller contre les plus justes déductions de l'expérience, contre le témoignage même de ses yeux, que d'en faire un signe constant des maladies inflammatoires.

Un autre point, et le plus important peut-être qui ressort de mes recherches, c'est que, même dans les inflammations qui donnent lieu à l'hémaleucine, sa quantité n'augmente pas au fur et à mesure de leur intensité. MM. Andral et Gavarret eux-mêmes ont mis ce fait hors de doute par les résultats de leur pratique; car, dans les pneumonies, par exemple, dont ils ont donné l'histoire, presque toujours la dernière saignée était celle qui présentait la proportion la plus considérable de fibrine, et cependant ils n'ont osé répéter la saignée, ce qu'ils auraient dû rationnellement faire s'ils s'étaient laissés conduire par leur théorie.

(Commissaires : Magendie, Serres, Dumas, Breschet et Milne Edwards.)

Des phénomènes électriques chez les animaux vivants.

M. Matteucci présente un travail sous ce titre. Le résultat auquel il est arrivé, et qui lui semble de nature à expliquer tous les phénomènes de ce genre, est le suivant : lorsque la partie interne d'un muscle vivant, ou presque vivant, est mise, au moyen d'un fil métallique, ou d'un nerf, en contact avec une autre partie du même animal, que ce soit de la substance nerveuse ou un autre tissu, il se produit un courant, qui se dirige de la partie musculaire à celle qui ne l'est pas.

Propriétés nutritives de la gélatine.

M. Gannal écrit à l'Académie une lettre où il rappelle que, lorsqu'il lui soumit ses travaux sur la gelée, la géline et la gélatine, il avait acquis la persuasion que ces substances étaient impropres à la nutrition; et cependant on continue à s'en servir dans les hôpitaux. Il ne m'appartient pas, continue-t-il, de chercher pourquoi la commission nommée pour juger cette question s'est bornée à des recherches physiologiques, au lieu de faire des expériences propres à donner une solution précise. Je me borne à demander que l'usage de la gélatine soit suspendu dans les hôpitaux jusqu'à ce que la commission ait fait son rapport définitif. Je me suis adressé à ce sujet au ministre, mais il m'a renvoyé à l'Académie, et je ne crois pas trop présumer de son humanité en espérant qu'elle ordonnera la suppression que je réclame.

(Renvoyé à la commission de la gélatine.)

1° *Application de la myotomie oculaire à la cure de certaines amauroses;* par M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La théorie des analogues faisait pressentir, et la strabotomie a démontré que le système moteur de l'œil exerce une large influence sur son système sensitif; d'après ce que j'ai observé chez les louches, j'ai été conduit à penser que certaines amauroses devaient reconnaître pour cause première un état spasmodique d'un ou de plusieurs muscles du globe oculaire. Dans le strabisme, le spasme musculaire est aujourd'hui un fait acquis à la science; il n'est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, il coexiste un affaiblissement plus ou moins prononcé de la vue, spécialement du côté où la déviation morbide est le plus manifeste. Or, j'ai reconnu que, soit primitive, soit consécutive (ce n'est pas ici le lieu d'en discuter la nature), cette asthénie visuelle cède en général à l'opération de la strabotomie, surtout quand on a soin de recourir à la gymnastique orthophthalmique. Dès lors la myotomie deviendrait un moyen héroïque pour les amauroses qui proviennent de cette cause. Il importait d'établir ce fait primordial; il importe de reconnaître les cas de cette catégorie. En voici quelques exemples :

Obs. I. — Un ouvrier journalier, de Briançon,

âgé de 18 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une tumeur blanche du deuxième orteil qui en nécessite l'amputation. Il était affecté en même temps d'une amaurose incomplète de l'œil gauche, que je ne pus rapporter à aucune des causes ordinaires. Je remarquai que, dans certains mouvements des yeux, il y avait tendance à la déviation en dedans; après avoir répété mes observations pendant un mois, je crus pouvoir conclure que l'etat spasmodique de l'appareil musculaire exerçait une profonde influence sur la fonction visuelle, et je me décidai à l'opérer le 8 mai 1841, par la section des deux muscles droits internes. La vue fut immédiatement améliorée à gauche, et en cinq semaines elle devint tout à fait normale et égale à celle du côté droit.

Obs. II. — Un ouvrier fileur de coton, âgé de 17 ans, entra à l'hôpital pour un écrasement du médius qu'il fallut amputer. Il portait une amaurose ancienne presque complète de l'œil gauche, survenue sans cause connue. Il ne pouvait compter mes doigts, ni reconnaître des ciseaux, une bande, etc. Je remarquai que certains mouvements des yeux révélaient une tendance à la déviation en dedans; j'en conclus, comme dans le cas précédent, que l'état spasmodique du système moteur de l'œil troublait son système sensitif. Je continuai mes expériences pendant quinze jours, et je pratiquai, le 20 juillet, la section des deux muscles droits internes, avec une amélioration instantanée. A sa sortie, trois semaines plus tard, la vue avait gagné en netteté et en étendue, au point qu'il pouvait déchiffrer de gros caractères, et distinguer les personnes à plus de cent pas. Les progrès étaient continus et croissants.

Depuis lors, les exemples de semblables résultats se sont multipliés pour moi (1); je me bornerai à ceux-ci, qui me semblent suffire.

2° *Myotomie sous-cutanée dans l'entropion musculaire;* par le même.

Tous les entropions ne reconnaissent pas pour cause soit des brides intérieures, soit un excès de peau, soit la déformation des cartillages tarses, etc. J'ai reconnu qu'il en est un certain nombre dont l'origine réside exclusivement dans la contracture permanente du muscle orbiculaire. Le blépharospasme qui accompagne souvent l'ophthalmie scrofuleuse m'a servi d'indication et de preuve. Le siége en est d'ordinaire à la paupière inférieure; la disposition anatomique des parties en favorise le développement, tandis qu'à la supérieure, la même cause occasionne ce que j'appelle l'*imbrication palpébrale*. L'observation et la distinction de ces phénomènes m'ont conduit à établir une variété particulière d'entropion, que je propose de nommer *entropion musculaire*. L'indication étant spécifiée, il restait à trouver un moyen de la remplir. Comment détruire l'état spasmodique du muscle orbiculaire? J'ai pensé que la myotomie sous-cutanée trouverait ici une application rationnelle, comme l'a fait M. Cunier (1), et, après lui, M. Philipps. Voici le procédé que j'ai mis en pratique :

Obs. — Une ouvrière, âgée de 45 ans, m'est présentée avec un entropion complet à droite; je remarque que la paupière inférieure se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, précisément dans le sens des fibres circulaires du muscle palpébral; le doigt, appliqué sur les parties, sent la contraction qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière. Le spasme est permanent; l'examen anatomique m'a conduit au procédé suivant : le 22 août, je fais tendre la paupière inférieure avec une pince placée à l'angle externe; j'implante un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure; puis, par un mouvement de bascule, j'en fais filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela, le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire; alors j'opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les mouvements de la manœuvre. L'instrument est retiré; il se produit une ecchymose qui se résorbe rapidement; le résultat est maintenu par une compression méthodique.

Ainsi, je coupe le muscle dans sa plus grande largeur et dans toute son épaisseur; je n'ai qu'une seule ouverture qui est cicatrisée en 24 heures, presque sans douleur et sans accidents; circonstances qui assurent dans *l'entropion musculaire* une prééminence marquée à mon procédé sur tous ceux connus dans nos livres classiques!

3° *Strabisme artificiel substitutif de la pupille artificielle;* par le même.

En compulsant les annales de l'art, on trouve un certain nombre de strabismes qui se sont développés consécutivement à diverses altérations organiques dans le champ de la vision; en d'autres termes, la déviation oculaire était physiologiquement liée à la déviation de l'axe pupillaire. La nature ouvrait ainsi une voie féconde. Or, aujourd'hui que les effets de la strabotomie sont parfaitement appréciés, l'homme de l'art est logiquement amené, par le raisonnement et par l'expérience, à créer cette même liaison physiologique dans les circonstances analogues où la nature reste impuissante. C'est ce que j'ai fait, comme on va le voir, à l'exemple de M. Cunier (2); j'ai remarqué qu'on a ainsi l'immense avantage de substituer la manœuvre facile et généralement innocente de la myotomie à l'opération de la pupille artificielle et délicate dans l'exécution, si souvent compliquée d'accidents, et si rarement heu-

(1) J'ai reçu de M. Sperino, de Turin, l'histoire d'une opération semblable dont les résultats confirment entièrement ces principes.

(1) Annales d'Oculistique, avril 1841.

(2) Voir Bull. Méd. belge, septembre, et Annales d'Oculistique, août 1841.

reuse dans ses résultats ; le but étant connu, voici le moyen.

Obs. — Un ouvrier mineur, de Rive de Gier, à la suite d'un éclat de mine, contracte, avec une double ophthalmie, une cataracte et un ptérygion à l'œil droit, et une opacité des deux tiers inférieurs de la cornée à gauche, sans parler de diverses lésions secondaires. Six mois après l'accident, on l'amène à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où j'opère le ptérygion le 20 juillet, avec un succès complet. Il prend ensuite la varioloïde ; le 27 août je fais la section du muscle droit supérieur, pour produire un *strabisme artificiel* en bas, de manière à mettre le tiers transparent de la cornée dans la direction de la pupille. Immédiatement le résultat est obtenu, de façon que la vue peut s'exercer plus librement à travers la portion translucide de la cornée, qui correspond alors à la projection horizontale et directe des rayons lumineux (1).

Ces diverses opérations prêteraient à des développements scientifiques que ne comporte pas la nature de cette note ; il me suffira d'avoir spécifié le principe et le résultat. Remarquons que tous ces faits sont confirmatifs de ce qui est acquis à la science.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE.

Prophylaxie de la peste.

M. Aubert lit un mémoire sur les quarantaines et sur la nécessité d'une réforme dans les mesures relatives à la préservation de la peste. L'Angleterre vient de prendre une décision qui supprime de fait les quarantaines pour les provenances d'Egypte et de Syrie. Si la contagion de la peste est réelle, cette mesure nous expose à son introduction en Europe; si, au contraire, cette contagion n'est qu'une chimère, elle n'en porte pas moins un coup mortel à notre commerce, en créant pour les transports de marchandises anglaises des conditions de célérité supérieures à celles que nous pouvons offrir. Une réforme sur ce point est donc urgente ; mais faut-il augmenter la durée de la quarantaine, la diminuer progressivement ou la supprimer tout à fait? Des demi-mesures ne conviennent point ici, car la peste est contagieuse ou elle ne l'est pas. Le problème à résoudre serait donc de conserver les quarantaines sans nuire aux intérêts commerciaux. Or, M. Aubert a constaté que, depuis cent vingt-quatre ans, il n'y a eu que 64 fois des pestiférés sur les bâtiments arrivant en Europe, et dans tous ces cas, sans exception, la peste avait sévi à bord, pendant le trajet, et avant l'entrée en quarantaine. On doit donc conclure que tout bâtiment qui arrive sans pestiférés et qui n'en a pas eu durant la traversée peut être admis sans danger. On pourrait néanmoins, par excès de précaution, imposer une quarantaine qui, à l'égard des bâtiments avec patentes brutes, serait de cinq jours pour les passagers, de neuf pour les marchandises; et avec patentes nettes, d'un jour pour les passagers et de six pour les marchandises. Avec de pareilles mesures, nous n'aurions plus de désavantage commercial sur l'Angleterre, en même temps que le danger de l'introduction de la peste serait sûrement conjuré, si du moins l'on veut bien regarder comme concluante une expérience de 124 années.

Propriétés nutritives de la gélatine.

M. Barbier (d'Amiens) remarque que, dans toutes les expériences faites sur ce sujet par la commission de l'Académie, la gélatine donnée aux animaux ne contenait point de sel marin. Et cependant il est reconnu que cette substance est indispensable à l'alimentation de l'homme. Les chiens, animaux domestiques, ne se trouvent-ils pas dans des conditions à peu près identiques? Et ne serait-ce pas là le motif pour lequel la gélatine, donnée pure et sans addition de sel, a été insuffisante pour soutenir leur vie? M. Barbier demande que des expériences soient faites dans ce sens.

Extraction des fragments d'instruments retenus dans la vessie et dans l'urètre.

M. Leroy d'Etiolles rappelle qu'il a proposé des instruments destinés à extraire les fragments de sonde tombés dans la vessie ou retenus dans l'urètre. Cette proposition a été repoussée tout d'abord et sans enquête par la commission chargée de l'examiner. On a dit que la taille serait préférable. Mais, évidemment, ce n'est que de l'application qu'on a voulu parler ; car, en principe, nul doute que l'extraction par les voies naturelles ne vaille mieux, si elle est praticable. Or, non-seulement elle est praticable, mais elle a été pratiquée sur un enfant de 6 ans, dans le service de M. Breschet, et sous les yeux de ce professeur. Le volume des instruments dont on a parlé dans le rapport n'est pas non plus une objection sérieuse, car ils peuvent être réduits à des proportions telles, qu'ils sont susceptibles d'être introduits chez les enfants. Voici un fait qui rentre dans cette catégorie ; il y a quinze jours, un chirurgien, voulant traiter par la cautérisation un malade affecté de plusieurs rétrécissements de l'urètre, en traversa d'abord heureusement quelques-uns; mais lorsqu'ayant franchi le dernier, il voulut retirer l'instrument, la canule revint seule, et l'on s'aperçut que la douille en platine qui le termine était restée derrière le rétrécissement le plus profond, arcboutée contre ses parois par son extrémité, qui est taillée en bec de flûte. Il était très-difficile de l'extraire, et l'on songea un instant à pratiquer la boutonnière. Heureusement M. Leroy d'Etiolles se rappela l'opération faite par Marchettis pour retirer une queue de porc. En conséquence, il glissa d'abord dans l'urètre un tube assez large pour embrasser la douille, et les parois du canal étant ainsi protégées, il put retirer le fragment sans déterminer ni déchirure ni irritation.

---

(1) Le docteur Chevillion, de Vitry, vient d'écrire à l'Académie des sciences (1er novembre) que dans les premiers jours du mois de juillet, il a lu à la Société de la Marne, un mémoire dans lequel il exprime des idées semblables aux miennes, sur le strabisme substitutif de l'opération de la pupille artificielle. Je n'ai certes pas eu connaissance du travail de M. Chevillion, qui n'a du reste pas encore pratiqué l'opération, et c'est d'ailleurs le 21 juin que je l'ai mise pour la première fois en usage. (Voir *Annales d'Oculistique*, loc. suprà cit.) FLORENT CUNIER.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

Mémoire sur les pseudo-étranglements ou sur l'inflammation simple dans les hernies ; par M. MALGAIGNE.

Lorsqu'une hernie sortie de l'abdomen devient tout à coup incapable d'y rentrer, qu'elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives, et suscite des phénomènes généraux plus ou moins graves, la constipation, les vomissements, le hoquet, on dit qu'il y a étranglement. Si la marche des symptômes est rapide, c'est ce que l'on appelle étranglement inflammatoire ; si elle est lente, l'étranglement porte le nom d'engouement. Mais dans l'un et l'autre cas, l'opération est la ressource commune ; il est de règle de ne pas attendre trop tard pour y recourir ; même dans l'engouement, Boyer la juge indispensable dès que les phénomènes augmentent ; bien plus, chez les sujets âgés et affaiblis, n'y eût-il aucune augmentation des symptômes, il veut qu'on la pratique dans les trois ou quatre premiers jours.

Mais avant de poser des préceptes aussi redoutables, Boyer avait-il bien songé à la gravité de l'opération ? Oui certes, mais par je ne sais quel respect pour les autorités de l'autre siècle, il avait dit après Pott : *L'opération de la hernie n'est pas dangereuse par elle-même.* Ceci est fait assurément pour étonner quiconque a pratiqué ou seulement vu pratiquer quelquefois l'opération de la hernie ; mais afin d'établir catégoriquement ses véritables chances, j'ai recueilli pour un espace de cinq années et quelques mois, de 1836 à 1841, toutes les opérations de hernies pratiquée dans tous les hôpitaux de Paris par mes collègues et par moi-même ; et j'ai trouvé que sur 183 opérations, il y avait eu 114 morts. Puis, cherchant quelle était la proportion de la mortalité chez les vieillards, chez qui Boyer est si pressé d'opérer, j'ai trouvé que de 50 à 80 ans, 97 opérés avaient donné 70 morts, c'est-à-dire près des trois quarts.

L'engouement, dit Boyer, est occasionné par l'accumulation d'excréments durcis dans la hernie ; et il ajoute qu'il est fréquent dans les hernies anciennes, parce que les excréments s'y accumulent habituellement en vertu de certaines raisons théoriques qu'il invoque.

Est-il vrai d'abord que les excréments s'accumulent habituellement dans les hernies anciennes ? Je puis dire, sans exagération, que j'ai bien vu de mes yeux et palpé de mes mains plus de trois mille hernies ; et ce fait habituel dont parle Boyer est si rare que je ne l'ai jamais rencontré. Pour rendre la démonstration plus frappante, j'ai choisi à l'hospice de Bicêtre, dont je dirige le service chirurgical, quelques-unes des hernies les plus anciennes et les plus volumineuses qu'on ait jamais citées.

Une hernie de 28 centimètres de hauteur sur 62 centimètres de circonférence.

Une de 24 centimètres de hauteur sur 64 de circonférence.

Et deux autres de même calibre. Je les ai examinées avec soin ; la percussion rendait presque partout un son clair ; nulle part il n'y avait un son absolument mat ; nulle part on ne sentait de matières dures à travers la peau ; les malades allaient régulièrement à la selle ; et cependant ils réunissaient au plus haut degré possible les conditions théoriques indiquées par Boyer. Bien plus, j'ai eu l'occasion de faire plusieurs autopsies de ces hernies, remarquables par leur volume excessif, et jamais je n'ai vu de matières dures accumulées.

Mais, qu'il me soit permis ici de m'étonner de l'inadvertance de nos théoriciens. Il n'y a, il ne peut y avoir de matières dures, ni même de matières fécales que dans le gros intestin ; et les hernies du gros intestin ne font peut-être pas le vingtième en nombre des hernies intestinales. Ainsi, 95 fois sur 100, cet engouement, comme on le définit dans nos livres, est matériellement impossible ; il n'est possible que dans les hernies du gros intestin. Or, pour celles-là mêmes, jamais dans mes autopsies je n'ai trouvé un seul cas d'accumulation de matières fécales dans la hernie, ni quand le malade était mort d'une affection étrangère, ni quand il avait succombé à des accidents développés dans la hernie même. Je vais plus loin ; j'ai compulsé tous les auteurs que jai pu me procurer ; j'ai recueilli tous les cas où la cause des accidents avait été mise au jour, soit par l'opération, soit par l'autopsie, et, dans cette nouvelle masse d'observations, je n'en ai rencontré qu'une seule où il y eût réellement accumulation de matières dans l'intestin ; une seule ! et les auteurs de la doctrine de l'engouement n'en avaient jamais vu.

Ainsi, la définition de l'engouement est contraire aux faits ; les données sur lesquelles on l'appuie sont contraires aux faits ; le mot lui-même n'a plus aucune signification réelle, et ne doit plus rester dans la science que comme souvenir d'une grande et déplorable erreur.

Mais ne se pourrait-il pas qu'en donnant une dénomination inexacte à la maladie, la maladie eût été du moins bien décrite et les indications bien saisies ? C'est ainsi que les derniers partisans de Pinel consentaient à changer les dénominations de ses fièvres, pour sauver l'existence des fièvres mêmes. Mais le chirurgien n'a pas été plus heureux ici que le médecin ; il a décrit une maladie imaginaire ; il lui attribue un ensemble de symptômes imaginaire, et quelquefois contradictoire. Ainsi, dans un endroit, il avance que, pour que l'engouement ait lieu, il faut que la hernie sorte par une ouverture *de peu d'étendue ;* à la page suivante, il faut une ouverture qui ait subi *une dilatation considérable.* Dans un paragraphe, il déclare que les symptômes de l'engouement se montrent *toujours* avec lenteur ; vous l'entendez, *toujours*, sans exception ; au paragraphe prochain, il avouera qu'ils sont quelquefois *aussi vifs et aussi pressants* que dans l'étranglement dit inflammatoire. Et comme celui-ci, remarquable en général par ses accidents *vifs et pressants*, d'autres fois offre une marche lente et des accidents peu intenses, le lecteur ne sait où se prendre dans ce tissu de contradictions, et l'auteur lui-même ne s'en tire qu'en adoptant une thérapeutique semblable dans tous les cas.

J'ai payé, comme tous les chirurgiens, un tribut

fatal à cette fatale doctrine; j'ai opéré dans un cas de prétendu engouement : il n'y avait ni engouement ni étranglement, et mon opéré est mort. Vous trouverez des erreurs de ce genre commises par Percival Pott, par Dupuytren, par A Cooper; j'en citerais des exemples tout récents empruntés à nos meilleurs chirurgiens contemporains, et il s'en faut que toutes les erreurs aient été publiées. Que dis-je, les erreurs ! Plusieurs de nos confrères n'ont publié leurs observations, terminées par la mort des malades, qu'en justifiant leur conduite, et en montrant combien elle était conforme aux principes.

Mais, après avoir signalé ce danger, il reste à rechercher s'il ne tient pas à la nature même des choses, et s'il est possible de l'éviter. Or, je pense que, dans la majeure partie des cas, on peut poser des indications nettes et précises, et qu'on trouvera ces indications dans l'étude exacte des états morbides variés que peut présenter la hernie. Bien que je ne veuille pas traiter ici dans toute son étendue cette immense question des étranglements, je dirai cependant, comme la conclusion la plus avancée de toutes mes recherches, qu'il y a là trois éléments principaux, dont deux primitifs et un secondaire :

1° L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation, et qui produit la gangrène en quelques heures;

2° L'inflammation pure et simple, très-commune, et qui presque toujours est limitée à la séreuse de la hernie;

3° Enfin, l'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie, de l'épiploon avec son tissu adipeux, de l'intestin avec toutes ses tuniques; ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite des deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement, quand celui-ci n'est pas assez fort pour produire immédiatement la gangrène, soit par les manœuvres irrationnelles du taxis dans les cas de simple péritonite herniaire.

Quant à l'engouement des auteurs, c'est une création de l'imagination pure; et c'est la péritonite herniaire méconnue que l'on a traitée et fort mal traitée sous ce nom.

Or, cette péritonite, dont le nom véritable est à peine prononcé en passant par les écrivains les plus modernes, est l'accident le plus commun qui survienne dans les hernies, et c'est probablement pour n'avoir pas suffisamment étudié les hernies à l'état simple que les chirurgiens l'ont méconnu. Chose étrange ! ils ont été frappés cependant des résultats qu'elle laissait après elle, et même des symptômes qu'elle développait; mais ils n'ont pas remonté à la cause, et quand elle s'est offerte à eux dans son état le plus aigu et le plus redoutable, ils l'ont confondue avec leurs variétés d'étranglements.

Cette inflammation se présente à plusieurs degrés, que l'on peut rallier à ces deux types principaux, l'inflammation adhésive et l'inflammation suppurative.

L'inflammation adhésive est souvent légère, fugace, se révélant par des coliques plus ou moins vives, quelquefois par les symptômes d'une indigestion déclarée; allant enfin jusqu'à susciter des vomissements et du hoquet, comme l'étranglement véritable. La hernie est alors irréductible; le taxis ne fait qu'irriter les accidents, et cependant, dans cet état de choses, il suffit fréquemment du séjour au lit et des topiques chauds ou froids pour opérer la réduction.

Enfin, à un degré plus considérable, la hernie demeure irréductible; il faut plusieurs jours, et quelquefois plusieurs semaines pour apaiser l'inflammation et procurer la réduction.

Quand on parvient à réduire ces hernies, il ne reste guère de traces de l'inflammation adhésive qu'à la partie la plus déclive du sac, où le péritoine se montre épaissi, dur, raboteux, souvent parsemé de taches noirâtres. Si par une cause ou par une autre la hernie est abandonnée au dehors, soit en totalité, soit en partie, il se produit des adhérences; et de même que sur le vivant j'ai dit que l'inflammation adhésive était le plus fréquent des accidents herniaires, de même sur le cadavre, la fréquence des adhérences et des épaississements du sac achève la démonstration et prouve la fréquence de la cause indiquée.

L'inflammation suppurative est infiniment plus rare, et ne peut guère être constatée que par l'opération ou l'autopsie.

Maintenant comment distinguera-t-on ces cas d'inflammation des cas d'étranglement réel, et quelle sera la conduite à suivre? Voici en peu de mots le résumé de mes recherches à cet égard.

1° Dans toutes les hernies intestinales anciennes, volumineuses, qui n'ont jamais été contenues par un bandage, ou pour lesquelles le bandage a été depuis longtemps abandonné, il n'y a pas d'étranglement réel, l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie. Ce fait général ressort de toutes les observations que j'ai pu faire, soit sur le vivant, soit sur le cadavre; et je n'y ai point encore trouvé d'exception.

2° Dans les épiplocèles purs, de quelque volume qu'ils soient, le plus souvent c'est une péritonite adhésive ou suppurative que l'on prend pour un étranglement. Je dis *le plus souvent*, parce que je ne veux pas nier d'une manière absolue que l'étranglement y soit possible; mais je ne l'ai jamais vu pour ma part, je n'en ai trouvé dans les auteurs aucun exemple bien authentique; et la réalité de cet étranglement est encore tout entière à démontrer.

3° Conséquemment, dans ces deux cas bien spécifiés, l'opération est toujours irrationnelle; et, à part le taxis au début ou au déclin de l'inflammation, le traitement doit être tout antiphlogistique.

Commissaires : MM. Larrey, Breschet et Double.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE.

Recherches expérimentales sur les fonctions de la peau, chez l'homme et chez les animaux; par M. le docteur Dugros.

Dans ce travail, M. Dugros a eu pour but de prouver : 1° Que les enduits de gomme laque mis sur la peau des animaux les font périr plus ou moins rapidement, selon leur force relative, en dévelop

pant des mouvements convulsifs qui ressemblent à ceux de l'épilepsie; 2° que les animaux enduits de gomme laque, et placés sous l'empire de la machine électrique, périssent deux fois plus vite; 3° ayant cherché à voir si les métaux qui ont des propriétés physiques opposées à celles des résines ne feraient pas périr les animaux avec des phénomènes morbides opposés, il a en effet constaté que les plaques métalliques d'étain laminé, appliquées sur la peau des animaux, après leur avoir coupé les poils, déterminaient leur mort avec des symptômes de faiblesse, par opposition aux phénomènes produits par les enduits de gomme laque; 4° il a également reconnu qu'en plaçant sur les armatures métalliques, de la gomme laque, les animaux périssent plus rapidement; 5° ayant placé les animaux, munis de leurs armatures métalliques, sous l'empire de la machine éléctrique, il a répété des scènes de vie et de mort; lorsqu'il mettait en jeu la machine électrique, les animaux éprouvaient de la vigueur; l'arrêtait-il au contraire, ils étaient sur le point de périr.

D'après ces expériences, M. Ducros se demanda si l'application des plaques métalliques dans les névropathies, dans les rhumatismes, ne pourrait pas être essayée avec avantage. En effet, puisque les armatures métalliques enlèvent la vie aux animaux avec anéantissement des forces vitales, les mêmes plaques métalliques, enduites de gomme, enlèveront sans doute, dans certaines circonstances, les douleurs constituées par un excès de vie... D'après ce principe, M. Ducros a expérimenté sur l'homme, et il a obtenu la guérison de névropathies, de rhumatismes chroniques et aigus, dont les observations ont été lues par lui à l'Académie. Ses conclusions sont les suivantes : 1° les névropathies, les tics douloureux, les migraines qui existent indépendamment de toute lésion matérielle, sont guéris quelquefois dans quelques minutes; 2° les tics, avec complication d'une lésion matérielle, peuvent être calmés, mais ils ne sont pas guéris par l'emploi des plaques laminées d'étain; 2° les rhumatismes aigus, avec fièvre et avec engorgement des articulations, peuvent être guéris, pourvu qu'il n'y ait qu'engorgement et que douleur aux articulations; 4° l'emploi des plaques laminées en étain, enduites de gomme laque, dans les rhumatismes accompagnés de symptômes franchement inflammatoires, avec fièvre générale, avec gonflement douloureux des articulations et rougeur de la peau correspondante à la partie enflammée, n'est pas suivi d'effet thérapeutique avantageux, mais il augmente au contraire l'inflammation, et dès lors l'engorgement et les douleurs redoublent d'intensité; 5° les plaques métalliques employées dans les névralgies anémiques ou avec faiblesse générale, non-seulement ne produisent aucun effet, mais elles augmentent les douleurs; 6° dans les douleurs, dans les névralgies anémiques ou avec faiblesse, on obtient les meilleurs effets de l'application de résineux, qui, employés chez les animaux sur la peau, les font périr avec excès de vie; 7° ainsi, il existe pour les douleurs une dichotomie thérapeutique à côté d'une dichotomie symptomatique; et ces expériences démontrent qu'avec les phénomènes de l'exhalation et de l'absorption de la peau marchent en même temps d'autres phénomès de physique générale peu appréciés jusqu'ici, et qui activent la vie ou qui l'exagèrent. M. Ducros se demande quels sont ces phénomènes, et il laisse au monde savant toute liberté de les définir d'après l'étude de ses expériences.

Commissaires : MM. Magendie, Double et Breschet.

Myotomie oculaire dans le cas d'obscurcissement, occupant le centre de la cornée, et nécessitant le déplacement de la pupille.

M. Florent Cunier adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de donner connaissance à l'Académie d'une nouvelle application que je viens de faire de la myotomie oculaire, que j'ai mise en usage le premier avec succès, pour la cure du strabisme, du nystagme et de certains cas de diplopie, et que j'ai aussi employée, après MM. Jules Guérin et Bonnet, dans le traitement de la myopie.

Lorsque la portion centrale de la cornée, en rapport avec la pupille d'ailleurs saine, est devenue le siége d'un albugo, d'un trouble rendant la vision impossible, on déplace la pupille de manière à permettre à la lumière d'arriver au fond de l'œil. Divers procédés ont été imaginés à cet effet; Himly, Adams, Baratta, Lusardi, enclavent l'iris dans la cornée; Embden, Van Onsenoort, le fixent dans la sclérotique; M. Guépin, de Nantes, doit ses succès remarquables à sa *distension forcée* de la pupille qu'il a fait connaître il y a un an. Le but que se sont proposé ces chirurgiens est de mettre la pupille en rapport avec une portion de cornée restée transparente; or, j'ai trouvé que dans la plupart des cas on y parvenait par une opération beaucoup plus simple et nullement aussi chanceuse que le déplacement pupillaire; j'ai tout bonnement divisé un ou plusieurs des muscles moteurs de l'œil, de manière à déterminer un strabisme qui fournit le même résultat.

Voici comment j'ai été amené à recourir à ce moyen.

Le nommé Elzoecht (Jean-Batiste), âgé de 25 ans, de la commune de Koekelberg, à une lieue de Bruxelles, s'est présenté le 21 juin à mon institut ophtalmique : il louche de l'œil gauche depuis sa naissance; cet œil est affecté de nystagme. A l'âge de 2 ans, Elzoecht a été atteint d'une ophtalmie catarrhale purulente, qui a déterminé la fonte de l'œil droit, et a laissé sur la cornée de l'œil gauche une opacité leucomateuse qui recouvre environ les deux tiers externes de la surface; le tiers interne, resté transparent, est caché dans le grand angle, et n'est visible que lorsque le malade comprime le moignon qui reste à droite, et fait ainsi cesser le strabisme de l'œil gauche. Il peut alors discerner les objets rapprochés, en les portant vers le nez et en tournant l'œil le plus fortement possible en dehors; la chambre antérieure a sa capacité normale; la pupille est libre d'adhérences et se contracte parfaitement.

Le 30 juin, j'ai divisé le droit interne; la pupille est venue immédiatement se placer au centre de l'or-

bite, le nystagme a cessé. L'œil n'étant pas assez porté en dehors pour que le malade pût discerner convenablement les objets, je mis la sclérotique à nu jusqu'aux droits supérieur et inférieur, sans pouvoir déterminer le moindre degré de strabisme externe. Me fondant sur mes expériences et sur celles de M. Duffin, j'ai alors pratiqué la section de l'oblique inférieur, et c'est au procédé de M. Bonnet que je donnai, comme d'habitude, la préférence. Aussitôt ce muscle divisé, l'œil a été porté en dehors et un peu en haut, position que la disposition de l'opacité rendait la plus convenable.

La résorption de l'ecchymose de la plaie cutanée a été rapide; mais la guérison de la plaie conjonctivale a été lente, le déplacement qu'avait subi le globe, la rétraction de la muco-séreuse divisée ayant laissé la sclérotique à nu dans une étendue de près de 6 lignes.

Immédiatement après l'opération, pratiquée en présence de MM. les docteurs Rucloux et Moons (de Bruxelles), Rul-Ogez (d'Anvers), et avec l'assistance de M. Fleussu, médecin-adjoint du dispensaire, Elzoecht a pu se guider dans mon jardin; six jours plus tard, il venait seul à ma consultation. Aujourd'hui, il y voit assez pour discerner les objets les plus fins; seulement il doit les rapprocher de l'œil.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la pupille a subi un déplacement qui la met dans un rapport exact avec la portion de la cornée, qui est restée transparente.

Elzoecht était opéré depuis huit jours, lorsque se présenta au dispensaire un malheureux, aveugle deduis douze ans, le nommé Michiels, âgé de 42 ans; l'œil gauche était atrophié, et l'œil droit ne conservait qu'une portion de son segment externe demeurée transparente. Michiels pouvait, en comprimant l'œil gauche, tourner l'œil droit assez fortement en dedans pour saisir la forme des gros objets.

J'ai coupé le droit externe et mis la sclérotique à nu jusqu'aux droits supérieur et inférieur; j'ai ainsi déterminé un strabisme interne, qui permet au malade de se conduire. Aujourd'hui, huitième jour de l'opération, il a étalé au marché des paniers d'osier, qu'il fabrique et qu'il peut maintenant vendre lui-même.

J'avais pratiqué l'an dernier le déplacement pupillaire, selon l'ingénieuse méthode de M. Van Onsenoort, d'Utrecht (1), sur l'œil d'une fille d'Anvers, la nommée Pétronille Van Dyck, femme de chambre de madame la marquise d'A.; l'œil droit était atrophié, un albugo occupait tout le segment interne de la cornée de l'œil gauche et masquait la pupille restée saine. L'enclavement de l'iris dans la sclérotique n'avait eu qu'un succès de peu de durée; la pupille s'était tendue et rétrécie; le cône lumineux devait traverser une portion nuageuse de la cornée pour arriver au fond de l'œil; la malade pouvait à peine se conduire.

Un strabisme interne que j'ai produit il y a cinq jours a mis un endroit plus large de la pupille deplacée en rapport avec une partie bien nette de la cornée; déjà l'opérée peut se livrer à quelques occupations; elle se guide maintenant à travers les rues habituellement encombrées de passants et de voitures.

La nouvelle application que j'ai faite de la myotomie oculaire me paraît appelée à rendre d'immenses services, et c'est pour ce motif *seulement*, et non pour m'inscrire en priorité, que j'ai cru devoir communiquer à l'Académie les résultats remarquables que j'en ai retirés.

Agréez etc.

Bruxelles, 26 juillet 1841.

Composition de l'air atmosphérique.

MM. Dumas et Boussingault étant parvenus à se procurer de l'air atmosphérique recueilli sur une haute montagne de la Suisse, et transporté à Paris dans un ballon exactement fermé, ont reconnu, après l'avoir soumis à l'analyse, que, sur 10,000 parties, il en contenait 2,297 d'oxygène. L'air pris à Paris le même jour renfermait 2,304 d'oxygène. Ce résultat montre l'identité de composition de l'air dans des lieux fort éloignés, le même jour.

Asphyxie et apoplexie des nouveau-nés.

M. Baudelocque écrit à l'Académie que déjà plusieurs médecins avaient jugé convenable, quand l'enfant vient au monde dans un état d'asphyxie, de ne pas couper le cordon immédiatement. M. Baudelocque a reconnu que cette pratique est également avantageuse, lorsque l'enfant présente des signes d'apoplexie. Des bains, des frictions sur la peau suffisent alors pour rétablir la santé.

Commissaires : MM. Larrey et Breschet.

M. Alph. Dupasquier présente un mémoire intitulé : *De la présence de l'arsenic dans certains acides chlorhydriques du commerce, et par suite dans ces mêmes acides purifiés pour les besoins de laboratoires de chimie et des pharmacies.*

Commissaires : MM. Dumas, Thénard et Regnault.

---

(1) Annales de la médecine physiologique, de Broussais, 1822, tom. II, p. 97 de la contrefaçon de Bruxelles. — Voyez surtout *Bydragen tot de Geschiedenis der vorming van een'kunstigen oogappel; en tot die voor Nederland in het byzonder inzonderheid om deze kunstbewerking, volgens geheel nieuwe methoden, en daartoe uitgedachte eenvondige instrumenten, te verrigten*; *door.* A. G. Onsenoort, Utrecht, 1829. — Je ferai remarquer en passant qu'aucun auteur français, à ma connaissance, ne fait mention du procédé du savant ophthalmologue hollandais.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

—

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 14 AOUT.—PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Nouveau remède contre la lèpre.

M. Mérat lit un rapport sur une substance qui a été envoyée à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique. C'est une racine venant de l'Amérique méridionale, où elle passe comme spécifique contre la lèpre. Son nom est *huichunchilly* (nous ne garantissons pas l'orthographe). Cette substance a été envoyée en France par madame Ribi, sage-femme aux colonies, et elle coûte 1000 fr. l'once. M. le docteur Robinson dit quelle a eu aux Antilles des succès manifestes dans le traitement de la lèpre non tuberculeuse.

M. Mérat propose de répondre à M. le ministre : 1° que les cas de lèpre ne sont pas assez communs en France pour qu'on puisse faire avec ce nouveau remède des expériences suivies ;

2° Que tout ce qu'on sait jusqu'ici sur la nature de la lèpre ne permet pas d'en espérer des effets bien avantageux ;

3° Que cependant il serait à désirer qu'on répétât les expériences aux colonies, et que M. le ministre voulût bien en transmettre le résultat à l'Académie.

M. Chervin : On a fait à la Guadeloupe des expériences avec cette racine. Une jeune fille de 17 ans, dont le corps était couvert de tubercules et d'ulcères, fut soumise à son usage, et le succès paraissait à peu près certain, lorsque la poudre vint à manquer. On avait en même temps expérimenté comparativement avec le muriate d'or sur un homme de 30 ans, et ce traitement, conduit d'après les principes qu'a posés M. Chrestien, avait produit des effets aussi avantageux que chez la jeune personne, mais l'indocilité du malade força de le suspendre avant l'entière guérison.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Discussion sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Husson : Les désordres dont nous avons été témoins dans la dernière séance sont encore trop présents à vos esprits pour qu'il soit besoin d'en retracer le tableau. Je propose, pour en prévenir le retour, que la séance prochaine ait lieu en comité secret.

M. le Président : Le conseil d'administration a déjà agité cette question, mais il n'a rien décidé, et il s'est ajourné à lundi pour prendre une résolution.

M. Husson : Je demande que l'Académie prenne dès à présent une résolution définitive à cet égard.

M. Double : Le conseil d'administration a été très-embarrassé pour se décider, et il y aurait avantage à ce que la discussion eût lieu ici sur cet objet ; elle pourrait lui fournir d'utiles lumières. La proposition de M. Husson est très-grave ; si nous l'adoptons, on ne manquera pas de dire que nous voulons murer notre vie publique. Dans la dernière séance, tout le monde a manqué à ses devoirs, le public, les orateurs, et nous-mêmes, Messieurs, nous aussi, nous avons eu tort en n'arrêtant pas le scandale alors qu'il en était encore temps. On a encore proposé dans le sein du conseil de suspendre la discussion pendant quelques séances pour laisser aux esprits le temps de se calmer, mais ceci demande examen.

M. Rochoux : Le comité secret ne fera pas grand chose. La cause du désordre est ailleurs que dans la présence du public. Que chacun se persuade bien qu'il faut écouter et ne parler qu'à son tour, et tout bruit cessera. Suivez mon exemple, je ne suis pas mal bavard, comme chacun sait, et cependant je me suis abstenu de parler. Du reste, le principal motif de trouble n'existe plus, les questions importantes ayant déjà été résolues.

M. Renauldin : C'est au conseil d'administration à décider la question du comité secret. On dit qu'en adoptant cette mesure nous aurions l'air de murer notre vie publique ; mais si cette vie publique est scandaleuse, nous ferons fort bien de la murer. Si l'autorité connaissait tout ce qui s'est passé ici dans la dernière séance, nous serions cassés. (Exclamations.) Oui, Messieurs, nous serions cassés !

M. Gérardin : Le comité secret est de droit, puisque le règlement dit que les membres de l'Académie ont seuls le droit d'assister à ses séances.

M. Chervin : Nous sommes ici en séance extraordinaire, les lettres de convocation n'indiquaient pas que la question du comité secret serait discutée aujourd'hui. Nous ne pouvons donc prendre sur nous de la résoudre en ce moment. Cela aurait l'air d'une surprise. Je ne veux pas l'attribuer à M. Husson ; mais enfin il aurait fallu que tous les membres eussent été prévenus.

M. Double : L'article du règlement relatif au comité secret que vient de rappeler M. Gérardin n'est pas aussi décisif qu'il le paraît, personne ne conteste le droit que nous avons de prendre cette mesure. Quant à son opportunité, c'est tout autre chose. Le règlement qu'on vous cite a été fait il y a 25 ans ; alors le public n'assistait pas aux séances. Mais depuis, nos mœurs ont changé ; la situation des corps scientifiques n'est plus la même, et aujourd'hui, on peut le dire, les académies ne seraient rien sans la publicité.

M. Castel : Les principaux auteurs du désordre que nous déplorons ne sont pas les auditeurs, mais les orateurs. Ce n'est pas la jeunesse qui est l'âge des passions, ce n'est pas l'âge mûr, c'est la vieillesse. Ce que je crains surtout c'est l'insistance, la violence, l'amour-propre, ce sont ces accusations de pusillanimité et de félonie qu'on a osé nous adresser. On nous a accusés de servilité ; Messieurs, restons ce que nous sommes, restons indépendants, restons, ou plutôt devenons sages. Ne nous permettons plus ces interruptions scandaleuses... (M. Desportes fait entendre quelques paroles.) Voyez cet exemple ! M. Desportes ne peut pas digérer un re-

proche que j'adresse à tous mes collègues en général. Ne dirait-on pas que l'Académie est infaillible ? Le public nous pardonne l'ignorance, mais ce qu'il ne nous pardonne point c'est la mauvaise foi, c'est le pédantisme. Je me résume, car je ne veux pas donner un accès de spasme aux personnes qui ne sont pas de mon avis. S'il n'y avait pas d'autre moyen pour établir l'ordre que le comité secret, je souscrirais à cette mesure; mais jespère mieux de l'esprit public en général et de celui de nos collègues en particulier.

M. Rochaux : Les partisans du comité secret deviennent de plus en plus rares à mesure que la discussion s'avance. C'est de nous qu'est venu le désordre, c'est à nous à le réprimer, en veillant scrupuleusement sur nos actions et nos paroles, car le président ne peut à lui seul contenir plus de cent personnes.

M. Desportes : On a exagéré à dessein ce qui s'est passé dans la dernière séance. Le tumulte qui l'a terminée, eh mon Dieu ! c'est ce qui a lieu dans toute discussion un peu vive dans les assemblées françaises! Du mouvement, du bruit et pas de résultat. Je ne vois pas là de quoi motiver le comité secret. Les désordres dont nous parlons sont un peu du fait de certains orateurs. Comment supporter de sang-froid qu'on dénature la vérité, qu'on suppose dans vos mémoires des faits qui ne s'y trouvent réellement pas ? L'erreur a été involontaire, je veux bien le croire, mais elle n'en est pas moins faite pour exciter des murmures.

M. Dubois (d'Amiens) : Si l'on n'adopte pas la proposition de se former en comité secret, il faudrait au moins donner des ordres pour qu'il n'entrât pas plus de personnes que les tribunes n'en peuvent contenir. Le public s'introduit dans l'enceinte, et qu'en résulte-t-il ? J'ai vu, dans la dernière séance, des personnes étrangères assises sur les bancs de l'Académie, criant aux voix, votant et prenant part aux délibérations comme nous.

Inauguration du monument de Broussais.

M. Bégin : Messieurs, dans huit jours aura lieu l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Broussais. Il faut que l'Académie soit représentée à cette solennité, et que ses sentiments soient exprimés dans un discours. La commission s'est réunie, et elle est unanimement tombée d'accord que cette mission ne pouvait être mieux remplie que par M. le secrétaire perpétuel; nous demandons en conséquence à l'Académie de se joindre à nous pour le prier de vouloir bien l'accepter. (Adhésion générale.)

M. Pariset, sur la pressante invitation de l'Académie, se rend au vœu exprimé par M. Bégin.

Eaux minérales.

M. Patissier lit un rapport sur les travaux relatifs aux eaux minérales, parvenus à l'Académie pendant les années 1838 et 1839.

M. Castel fait remarquer que la plus grande difficulté que le médecin puisse rencontrer dans cette question, ce n'est pas de déterminer quelle est l'eau minérale qui convient à la maladie, mais de bien préciser la nature de celle ci.

M. Desportes présente quelques observations sur la nécessité de connaître la nature chimique des eaux que l'on conseille, et surtout la topographie des localités où elles se trouvent; car c'est le site, l'air, le climat, etc., qui ont la plus grande part dans leur action médicatrice.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SÉANCE DU 17 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal des deux dernières séances est adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre de la marine, qui annonce que M. Silva a observé deux jumeaux venus au monde attachés l'un à l'autre par la partie antérieure de la poitrine. Il a conservé leurs corps dans l'alcool, et il les tient à la disposition de l'Académie.

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. le Président : Messieurs, le procès-verbal vient de rappeler le tumulte qui a eu lieu dans la dernière séance. Vous n'en avez, d'ailleurs, probablement pas perdu le souvenir. Sans doute vous avez réfléchi aux inconvénients d'un pareil scandale, et vous comprendrez combien il est important qu'il ne se renouvelle plus. J'invite également les personnes étrangères à l'Académie à s'abstenir de toute marque d'approbation ou d'improbation. C'est dans l'espérance que cet avis sera entendu que nous avons consenti à ne pas terminer la discussion en comité secret.

M. Guéneau de Mussy : Un article du règlement interdit formellement de faire des rapports sur les ouvrages qui sont imprimés. Je regrette de faire cette observation si tardivement; mais enfin le travail de MM. Flandin et Danger, sur lequel nous avons à présent à statuer, a déjà été publié *in extenso ;* il l'a été dès le 23 mars; nous n'avons donc, je pense, pour nous conformer au règlement, qu'à clore cette discussion.

M. Pelletier : Lorsqu'il s'agit d'une question de haut intérêt public, lorsqu'on a élevé des doutes sur un sujet important, lorsque l'Académie a nommé une commission, que celle-ci a fait des expériences, qu'elle a rédigé un rapport, et qu'enfin la discussion de celui-ci est presque terminée, certes ce n'est pas le cas d'appliquer le règlement à la rigueur. Il résulterait de ce principe, trop strictement suivi, que jamais nous ne pourrions approfondir aucune question d'intérêt public. Ce serait, en quelque sorte, un faux-fuyant pour se tirer d'une position difficille, et il n'est pas de la dignité de l'Académie de prendre ce parti.

M. Desportes : Il est vrai que les travaux de MM. Flandin et Danger étaient imprimés ; mais ils l'étaient aussi dans vos mémoires, et cette réflexion

me semble couper court à l'objection de M. Guéneau de Mussy.

M. Guéneau de Mussy : Ma proposition n'a d'autre but que de remettre l'Académie et de la faire marcher dans la voie de son règlement; et je ne crois pas qu'aucune des circonstances qu'on vient de rappeler soit de nature à motiver une exception à nos lois et à nos habitudes. Les mémoires de MM. Flandin et Danger n'étaient pas imprimés quand ils ont été renvoyés à la commission, j'en conviens, mais ils l'ont été depuis, et cela a toujours été une raison suffisante pour empêcher de faire un rapport sur l'ouvrage qui se trouve dans ce cas.

M. Nacquart s'élève contre la proposition de M. Guéneau de Mussy.

M. Caventou : Tout en appréciant le sentiment qui a porté M. Guéneau de Mussy à faire sa proposition, je crois néanmoins devoir la combattre. Au point où la discussion est arrivée, il importe à tout le monde, et il est de l'honneur de l'Académie que la question soit terminée par un vote positif.

M. le Président : Je vais mettre aux voix la proposition de M. Guéneau de Mussy.

M. Baudelocque, avec force : Vous ne pouvez mettre le règlement aux voix, vous n'avez qu'à l'exécuter.

La proposition de M. Guéneau de Mussy est rejetée.

La discussion est reprise sur la quatrième conclusion.

M. Gerdy : J'avais, dans la dernière séance, motivé longuement et même à deux reprises un amendement dont le sens consistait à exprimer que M. Orfila n'a employé son appareil qu'après que MM. Flandin et Danger ont fait connaître le leur. Il existe en effet deux appareils de M. Orfila, et ils diffèrent l'un de l'autre sous beaucoup de rapports. Ainsi, dans le premier il n'y avait point d'amiante; tandis que le second en contient. Dans son premier appareil, qu'il a aujourd'hui abandonné, M. Orfila ne chauffait pas le tube; il le chauffe maintenant. Je propose donc de mettre dans la quatrième conclusion : appareil employé par M. Orfila *depuis la publication du mémoire de MM. Flandin et Danger, et depuis l'invention de l'appareil proposé par l'Institut*. Je voudrais aussi que, au lieu de qualifier simplement l'appareil de MM. Flandin et Danger d'appareil ingénieux, on dît : appareil *aussi bon qu'ingénieux*.

M. Caventou : Il n'y a entre l'appareil de M. Orfila et celui de MM. Flandin et Danger ni rivalité, ni comparaison possible. Dans le premier on obtient de l'arsenic métallique, dans le second on n'a que de l'acide arsénieux qu'il faut ensuite réduire. Il n'y a donc rien de commun entre ces appareils, et on ne peut établir, par rapport à eux, aucune discussion de priorité. Quant à l'appareil de l'Institut, il n'a été proposé que lors de la lecture du rapport de M. Regnault, et par conséquent M. Orfila a sur lui une antériorité bien évidente de près de quatre mois. Je ferai d'ailleurs remarquer ce que j'ai déjà dit plusieurs fois dans le cours de ce débat, c'est que, comme commission, nous n'avions pas à faire de parallèle entre l'appareil de l'institut et ceux de MM. Flandin et Danger et de M. Orfila. Nous n'étions appelés à nous prononcer que sur la valeur comparative de ces deux derniers; et, sans désapprouver en aucune manière celui de MM. Flandin et Danger, nous avons donné la préférence à l'appareil imaginé par M. Orfila. Pourquoi? parce qu'il est le plus simple des deux, parce qu'il est à la portée de tous les experts, parce qu'il n'y a pas de village, pour ainsi dire, où l'on ne trouve des hommes capables de l'employer et de l'employer avec succès.

M. Bouillaud : Il semblait qu'après la proposition si claire de M. Gerdy, il ne devait plus rester de doute sur l'adoption de la conclusion. MM. les commissaires remanient à chaque instant leur rapport, et il n'y a pas de raison pour qu'à la prochaine séance ils ne nous apportent encore une nouvelle rédaction. Messieurs, M. Gerdy fait une proposition qui concilie tous les intérêts; elle permet d'être juste envers tout le monde; n'hésitons pas à l'adopter, ne fût-ce que pour la rareté du fait!

M. Olivier (d'Angers) : Si nous voulons être justes envers tout le monde au sujet de cet appareil, commençons donc par en faire honneur à M. Chevallier, qui en est le véritable inventeur.

M. Gerdy : M. Caventou prétend qu'on ne peut établir de comparaison entre l'appareil de M. Orfila modifié par l'institut et celui de MM. Flandin et Danger; ils ne diffèrent pas cependant l'un de l'autre par leur résultat, et quant aux moyens qu'ils emploient, il est évident que celui de MM. Flandin et Danger est de beaucoup le plus simple. M. Orfila, dit aussi M. Caventou, a proposé son appareil bien avant que celui de l'Institut ne fût connu. C'est encore une erreur de M. le rapporteur. Vous avez entendu ici même M. Orfila avancer dans sa réponse à M. Chevallier qu'il ne songea à se servir de l'amiante qu'après que l'Institut en eut parlé; il ne chauffa non plus le tube que lorsque l'Institut eut indiqué cette modification. Ce sont donc là deux idées, et deux idées importantes, sur la propriété desquelles M. Orfila n'a rien à prétendre. Il s'agirait actuellement de savoir lequel est le plus parfait du procédé de l'Institut ou de celui de M. Orfila. Je ne me permettrai pas de donner ici mon opinion; mais vous avez entendu dans la dernière séance celle de M. Bussy, qui est fort compétent en pareille matière.

Vient maintenant une troisième question. On dit que l'invention de l'appareil revient à M. Chevallier. L'appareil de M. Chevallier diffère en plusieurs points de celui de l'Institut. D'abord il contient de la porcelaine au lieu d'amiante; puis, dans cet appareil, on chauffait le tube, non pas au delà de la porcelaine, mais au niveau même de l'endroit où elle se trouvait. La porcelaine ne servait donc ici qu'à titre de conducteur de la chaleur et pour la répandre uniformément dans tout le tube; et, sans rien ôter à M. Chevallier du mérite de l'invention, on peut dire que son appareil diffère essentiellement de celui qu'a proposé l'Institut.

M. Pelletier : Je tiens à faire remarquer que M. Gerdy a d'abord voulu comparer l'appareil de l'Institut avec celui de M. Orfila. Mais ces deux appareils sont tout à fait opposés. Il est certain que, dans la construction du sein, l'Institut a pris absolu-

ment le contre-pied des principes sur lesquels MM. Flandin et Danger avaient établi le leur. L'arrêt de l'Institut est formel, et il consacre cette règle à laquelle on doit toujours avoir égard dans ces questions, savoir : qu'il est plus sûr et bien préférable d'obtenir tout d'abord le métal, pour lui faire ensuite subir toutes les réactions nécessaires. Cette règle, l'appareil de MM. Flandin et danger ne la remplissait pas. M. Gerdy nous propose de dire que l'appareil de MM. Flandin et Danger est aussi bon qu'ingénieux ; eh bien ! moi, Messieurs, je voudrais au contraire qu'il fût déclaré moins avantageux que celui de M. Orfila, et, dût-on m'accuser encore de troubler la discussion par des propositions incidentes, je demande que cette infériorité soit nettement exprimée dans la conclusion.

M. Bouvier : M. Gerdy pense que l'ancien appareil de M. Orfila diffère de celui de l'Institut, et, pour prouver cette différence, il s'appuie uniquement sur ce que celui de M. Orfila ne renfermait point d'amiante. Cela est vrai, mais le rapport contient cette remarque, et puisqu'elle a déjà été énoncée, il me semble inutile de la répéter dans les conclusions.

M. Chevallier : J'aurais voulu m'abstenir de parler de mon appareil ; mais puisque M. Gerdy a prétendu l'expliquer, permettez-moi aussi de l'expliquer à mon tour d'une autre manière. J'ai, à la vérité, substitué l'amiante à la porcelaine dont je m'étais d'abord servi, mais c'est uniquement parce que l'amiante est plus facile à se procurer et d'un emploi plus commode. Quant à l'idée de chauffer le tube, elle n'appartient, ni à moi ni à aucun de ceux auxquels on a cru pouvoir la rapporter. Elle a été indiquée par Liebig, par Berzélius et par Soubeiran.

M. Londe : On n'a probablement pas saisi d'une manière bien exacte le sens des observations de M. Gerdy. Il n'a pas prétendu comparer la valeur absolue des deux méthodes de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger, il a seulement agité la question de priorité.

M. Bouillaud : La modification que je vais proposer me semble de nature à satisfaire tout le monde. Je propose d'abord de remplacer le mot *appareil* par celui de *procédé*, qui me paraît mieux convenir; puis de dire tout simplement qu'au procédé de MM. Flandin et Danger, *la commission préfère le dernier de M. Orfila et surtout celui proposé par l'Institut.*

M. Bussy : Les membres de l'Académie raisonnent, ce me semble, les uns et les autres dans des sens bien différents. Il y a en effet deux questions. D'abord l'appareil de l'Institut est-il préférable à celui qu'a proposé votre rapport? Personne ne le conteste. En second lieu, de l'appareil de MM. Flandin et Danger et de celui de M. Orfila, lequel des deux mérite la préférence? S'il y a réellement entre eux inégalité d'avantages, il faut que la commission précise bien quelle est la différence, et ce sera ensuite à l'Académie à se prononcer.

M. P. Dubois : Il est certain que l'Académie a été saisie de deux questions, l'une portée devant elle par MM. Flandin et Danger, et l'autre que M. Orfila lui a soumise dans la séance suivante. C'est dans ces termes qu'aurait dû se renfermer le débat, sans faire intervenir l'Institut, et sans se préoccuper de chercher si l'appareil de MM. Flandin et Danger avait été modifié par l'Institut ou par d'autres savants. Il n'y a en présence que le système primitif de MM. Flandin et Danger et celui de M. Orfila, et c'est entre eux que l'Académie est appelée à exprimer nettement sa préférence. Je demande donc qu'on vote sur la quatrième conclusion telle qu'elle était d'abord rédigée.

M. Pelletier : Nous ne pouvons pas, dans la décision que nous allons porter, faire abstraction du jugement de l'Institut, car nous ne pouvons pas être censés l'ignorer, ni à plus forte raison le regarder comme non avenu. Pour moi, la proposition de M. Bouillaud me paraît parfaitement claire et parfaitement nette, et je suis tout disposé à m'y rallier.

M. Double : Il ne faut pas que l'Académie oublie que dans ce moment elle fait de la science, et de la science touchant une question de la plus haute gravité. Son rapport n'est pas destiné seulement à être lu par des savants ; il sera aussi entre les mains des magistrats. Il ne doit donc pas se contenter d'énoncer la supériorité de tel ou tel procédé, il faut qu'il contienne une décision en rapport avec l'état actuel des connaissances toxicologiques ; et rien ne me semble plus propre à remplir ce but que la modification proposée par M. Bouillaud.

M. Caventou : Tout en approuvant, quant au fond des choses, la manière de voir de M. Bouillaud, je maintiens que nous n'avions à nous prononcer qu'entre les appareils de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger, et que nous ne devions pas même mentionner celui de l'Institut.

La quatrième conclusion, rédigée d'après les nouvelles modications, est ainsi conçue :

« 4° Que le procédé inventé par MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic éliminé par l'appareil de Marsh est bon et ingénieux, mais que la commission lui préfère le dernier procédé de M. Orfila et surtout celui de l'Institut. »

Cette quatrième conclusion est mise aux voix et adoptée à une très-forte majorité.

La cinquième conclusion, modifiée par la commission, s'exprime en ces termes :

« 5° Que les procédés communiqués par M. Orfila à l'Académie pour retrouver l'arsenic absorbé dans les empoisonnements par cette substance ont été reconnus exacts par la commission. »

M. Desportes propose de supprimer cette conclusion comme inutile.

M. Double : L'Académie ayant décidé que le mot *appareil* serait remplacé par celui de *procédé*, dans la quatrième conclusion, celle-ci devient sans but, car elle ne fait que répéter la même idée.

M. Bouvier : Il y a procédés et procédés, et de ce qu'on a mis ce mot dans la quatrième conclusion, il ne s'ensuit point qu'on ait voulu désigner par là tous les procédés qui appartiennent à M. Orfila. Cette quatrième conclusion ne s'exprime sur ce point que d'une manière très-vague, et un objet si important demande plus de rigueur. Supprimez donc la cinquième conclusion, je ne m'y oppose pas, mais alors complétez la quatrième et rendez-là plus explicite.

M. Pelletier : Les objections qu'on dirige contre la cinquième conclusion tiennent à ce qu'on n'en a pas bien saisi l'esprit. Tous les débats sur la valeur des procédés chimiques sont décidés par la quatrième ; mais il restait encore à se prononcer sur la réalité de l'absorption de l'arsenic et sur la possibilité de le retrouver dans les viscères. Les travaux de M. Orfila relatifs à ces deux questions avaient soulevé des doutes, et c'est pour lui maintenir intacts ses droits sur ce que je regarde comme une découverte très-importante que la commission a proposé cette cinquième conclusion.

M. Gerdy : Cette cinquième conclusion me paraît en effet avoir rapport à des choses nouvelles et tout à fait différentes de celles qu'a jugées la quatrième. Je suis même bien aise de saisir cette occasion pour rendre justice à M. Orfila, et de reconnaître qu'il est le premier qui ait bien constaté la présence de l'arsenic dans les viscères des animaux empoisonnés. J'avais d'abord attribué cette découverte au professeur Marx, mais c'était une erreur, et je déclare franchement que je m'étais trompé à cet égard. Je suis donc bien loin de m'opposer à ce que ceci soit spécifié dans la conclusion. Seulement, au lieu du mot *procédé*, qui se trouve déjà employé dans la précédente conclusion, vous pourriez dire *les travaux de M. Orfila*.

M. Bouillaud : Je reconnais positivement que M. Orfila a rendu un grand service à la médecine légale, en nous apprenant le moyen de découvrir l'arsenic, et je demanderais que, pour bien caractériser sa découverte, on dît : les travaux de M. Orfila pour retrouver *dans les organes* l'arsenic absorbé, etc.

M. P. Dubois demande qu'on mette aux voix la conclusion telle que la commission vient de la proposer.

M. le Président lit la cinquième conclusion qui, par suite des corrections proposées par MM. Gerdy, Bouillaud et Caventou, se trouve rédigée dans les termes suivants :

« Que M. Orfila a le premier démontré chimiquement la présence de l'arsenic dans l'ensemble des organes des animaux empoisonnés, et que les travaux communiqués par lui à l'Académie sur ce sujet ont été reconnus exacts par la commission. »

M. A. Bérard : La rédaction que vous venez d'entendre n'exprime nullement à qui appartient l'idée d'avoir cherché à découvrir l'arsenic dans les organes des animaux empoisonnés. Ce n'est point la même chose, et il y a là place pour deux inventeurs ; car le premier qui a trouvé l'arsenic peut fort bien n'être pas le premier qui a songé à le chercher.

La cinquième conclusion, telle que nous l'avons donnée ci-dessus, est mise aux voix et adoptée.

La sixième conclusion a été modifiée par la commission de la manière suivante :

« 6° Que la sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis sous nos yeux à l'action de l'arsenic. »

M. Dupuy : Je demande la suppression de cette conclusion, qui n'est véritablement qu'un hors-d'œuvre. Vous entrez ici dans le champ de la physiologie, et ce n'est là ni ce dont vous avez traité jusqu'ici, ni ce dont vous aviez à vous occuper.

M. Dubois (d'Amiens) : Je demanderai à M. le rapporteur si MM. Flandin et Danger avaient nié que la sécrétion urinaire continuât dans l'empoisonnement par l'arsenic. (M. Caventou répond affirmativement.) Eh bien ! dans ce cas, il faut dire dans la conclusion, non pas que le fait contraire à celui qu'ils avaient avancé existe, mais seulement que leur assertion est trop absolue.

M. Caventou : Les expériences auxquelles s'est livrée la commission sont positives ; quand la verge n'a pas été liée, nous n'avons trouvé dans la vessie qu'une petite quantité d'urine ; mais quand nous avons lié la verge, la vessie contenait de 90 à 120 et 125 grammes de ce liquide.

M. Castel : Le poison n'agit pas sur tous les animaux de la même manière, et il est bien certain que, tandis que les uns urineront, les autres n'urineront pas. La conclusion me paraît donc pécher par une forme beaucoup trop absolue.

M. Double : D'un côté, MM. Flandin et Danger ont vu des animaux ne pas uriner ; de l'autre, MM. les commissaires, dans des expériences à la vérité fort peu nombreuses, les ont vu uriner. Je demanderai à MM. les commissaires quel intérêt ils ont donc à nous faire reconnaître ce fait. Qu'ils renoncent à cette conclusion, et personne, à mon avis, n'y aura rien perdu.

M. Rayer : Dans les expériences dont on nous parle, on n'a pas vu les animaux uriner, on a seulement trouvé de l'urine dans la vessie ; mais qu'est-ce qui prouve qu'elle n'y avait pas été déposée avant la ligature de la verge, avant que l'action de l'arsenic ne se fût déclarée ?

M. Bouillaud : Je propose d'ajouter à la conclusion de la commission, que les expériences n'ont été ni assez nombreuses, ni assez variées pour qu'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'action de l'arsenic sur la sécrétion urinaire.

M. Barthélemy : Il y avait sans doute de l'urine dans la vessie avant la ligature de la verge ; ce qu'il y a de plus certain, du moins, c'est qu'on n'a pas pu s'assurer si elle en contenait ou si elle n'en contenait point à ce moment.

M. Moreau : L'objection de M. Barthélemy est sans valeur, si l'urine trouvée dans la vessie renfermait de l'arsenic ; car cela prouve qu'elle s'était déposée consécutivement à l'intoxication arsenicale. On allègue que les expériences ont été peu nombreuses ; mais des faits négatifs, quelque rares qu'ils soient, suffisent pour infirmer des propositions émises sous une forme absolue.

M. Guéneau de Mussy : Cette question ne tient pas seulement à la physiologie ; elle se rattache aussi à la médecine légale, et même aux points les plus importants de cette science.

M. Barthélemy : Il n'est pas question ici des expériences de M. Orfila ; il ne s'agit que de celles qu'a faites la commission. Je demande qu'on me dise si l'urine trouvée dans la vessie contenait de l'arsenic ; si elle en contenait, je n'ai plus rien à dire.

M. Caventou répond qu'on a en effet constaté la

présence de l'arsenic dans l'urine que renfermait la vessie des animaux empoisonnés.

M. Bégin : Plus le fait est important, plus l'Académie doit apporter de réserve dans son jugement et de sévérité dans l'appréciation des éléments qui doivent servir à l'établir. Ne prononcez pas d'une manière rigoureuse que la fonction urinaire n'est jamais suspendue ; dites simplement qu'elle ne l'est pas toujours. Les expériences qu'a rapportées M. Caventou semblent probantes ; car l'urine contenue dans la vessie renfermait de l'arsenic. Mais ne peut-il pas se faire cependant que cette urine eût été déposée dans la vessie avant l'empoisonnement, et l'arsenic qu'elle contenait n'a-il pas pu se mêler avec elle, non pas dans les reins eux-mêmes, mais dans la vessie, à la surface interne de laquelle il avait été en quelque sorte exhalé, comme dans tous les organes ?

M. Chomel propose de dire que, dans les quatre expériences faites par la commission, la sécrétion urinaire a continué, et que l'urine, examinée chimiquement, a présenté de l'arsenic, contrairement à ce qu'avaient annoncé MM. Flandin et Danger.

Cette proposition n'est pas appuyée.

M. Dubois (d'Amiens) propose de modifier ainsi la conclusion : Que l'assertion de MM. Flandin et Danger sur la suspension de la sécrétion urinaire chez les animaux empoisonnés par l'arsenic a été trouvée, par la commission, trop absolue.

M. Bouillaud : Ma proposition, telle que je l'ai rédigée, rend, je crois, d'une manière exacte l'impression de l'Académie, qui reconnaît n'être pas actuellement en mesure de résoudre la question d'une manière absolue.

M. Nacquart : MM. Flandin et Danger ont modifié leur opinion primitive ; car ils avaient d'abord affirmé positivement que les animaux empoisonnés par l'arsenic cessaient d'uriner ; et, sous ce rapport, les expériences de la commission suffisaient pour infirmer leur assertion.

M. Bouvier : On trouve, à la page 558 du *Bulletin*, l'opinion de MM. Flandin et Danger sur ce point bien nettement exposée. Ces Messieurs n'ont point prétendu que les chiens empoisonnés par l'arsenic ne rendent pas d'urine. Il y a, suivant eux, deux espèces d'empoisonnement, l'un physique, l'autre organique. Ce dernier est le seul dans lequel le poison est absorbé, et le seul par conséquent où ils aient soutenu que les animaux n'urinent pas.

M. Guéneau de Mussy : MM. Flandin et Danger ont dit très-positivement, et d'une manière tout à fait absolue, que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas.

M. J. Cloquet : Il me semble que la conclusion pourrait être réduite à une forme très-simple. Je proposerais, par exemple, de dire que, contrairement à l'assertion générale émise par MM. Flandin et Danger, la sécrétion urinaire a continué chez quatre chiens soumis par la commission à l'empoisonnement par l'arsenic, et qu'il y a lieu, par conséquent, de chercher dans l'urine la trace du poison.

M. Lisfranc : La rédaction que propose M. Cloquet prête à MM. Flandin et Danger une opinion trop générale ; ce n'est pas en réalité celle qu'ils professent, car vous venez d'entendre qu'ils ne regardent la sécrétion urinaire comme suspendue que dans les cas d'empoisonnement aigu.

M. Gerdy : Il ne faut pas qu'on s'y trompe. Des diverses explications qui vous ont été données, ce fait ressort clairement, savoir : que MM. Flandin et Danger n'ont pas l'opinion absolue qu'on leur a supposée. Ils admettent la suspension de la fonction urinaire, mais ils l'admettent, c'est leur expression, *comme règle générale*. Or, admettre une chose en règle générale, c'est reconnaître qu'elle est susceptible d'exceptions ; c'est avouer implicitement qu'à côté du principe général, il peut se trouver des variantes.

La sixième conclusion, combinée avec l'amendement de M. Bouillaud, est conçue de la manière suivante :

« 6° Que la sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis sous nos yeux à l'action de l'arsenic, mais que les expériences n'ont été ni assez nombreuses, ni assez variées pour qu'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'action de l'arsenic sur la fonction ci-dessus indiquée. »

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

La septième conclusion a été ainsi corrigée par la commission :

« Que la commission, voulant reconnaître l'intérêt des travaux que MM. Flandin et Danger ont présentés à l'Académie, en partie dans le but d'éclairer une question de médecine légale, propose de leur voter des remercîments. »

M. Gerdy : Je demande qu'on ajoute à cette conclusion ces mots : *et de porter leurs noms sur la liste des membres correspondants.*

M. Ollivier (d'Angers) : Pour obtenir le titre de membre correspondant, il faut que l'on soit médecin ou pharmacien. MM. Flandin et Danger ont-ils cette qualité ?

M. Bouillaud : Je regrette de me trouver d'un avis différent de celui de M. Gerdy, mais je pense que ce n'est pas ici le lieu de voter une semblable proposition, et je demande qu'on dise seulement que les travaux de MM. Flandin et Danger seront insérés dans les mémoires de l'Académie.

M. Guéneau de Mussy : Un article du règlement porte que personne ne pourra être reçu membre correspondant de l'Académie s'il n'en a fait la demande. Observons donc cette règle à l'égard de MM. Flandin et Danger comme envers tous les autres candidats.

M. Lisfranc : On ne veut admettre dans l'Académie que des médecins ou des pharmaciens ; mais je rappellerai que M. Amussat n'était encore qu'élève en médecine lorsqu'il obtint le titre de membre correspondant. Quant à l'observation de M. Guéneau de Mussy, vous savez que, d'après les habitudes de l'Académie, ce sont les commissaires qui proposent, lorsqu'il y a lieu, de recevoir, en qualité de correspondants, les auteurs des mémoires soumis à leur jugement.

M. J. Cloquet : On dit que ce sont là les habitudes de l'Académie ; mais alors l'Académie a des habitudes qui sont contraires à ses règlements ; car, si j'ai bonne souvenance, le règlement dit qu'on ne pourra être nommé sans en avoir fait la demande.

Sans cela, Messieurs, il pourra fort bien nous arriver ce qui est arrivé à quelques Académies, que nous essuierons des refus.

M. Double : Il y a une différence entre la nomination et la présentation, et rien ne s'oppose à ce qu'on décerne, même à des personnes qui ne sont pas revêtues du titre de docteur, l'honneur d'être porté sur la liste des candidats.

La proposition faite par M. Gerdy *de porter MM. Flandin et Danger sur la liste des membres correspondants* est mise aux voix et adoptée.

La septième conclusion est adoptée avec cette addition.

M. le Président : Je vais mettre aux voix l'ensemble des conclusions.

M. Gerdy : Il faudrait avant tout prier MM. les commissaires de vouloir bien mettre leur rapport en harmonie avec les nouvelles conclusions.

L'ensemble des conclusions est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SÉANCE DU 24 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Chervin : L'Académie des sciences a envoyé au ministre de la justice un exemplaire du rapport fait par M. Regnault sur l'emploi du procédé de Marsh dans les recherches de médecine légale. Ne serait-il pas à propos que l'Académie de médecine suivît cet exemple et adressât également à M. le ministre une copie du rapport de M. Caventou ?

M. Desportes : Il y a un trop grand désaccord entre le corps du rapport et les conclusions telles qu'elles ont été votées dans la dernière séance, pour qu'on puisse songer à l'envoyer dans cet état.

M. le Président : Je ferai observer à M. Desportes que, d'après le vœu de l'Académie, il a été convenu que MM. les commissaires feraient au rapport les changements nécessaires pour le mettre en harmonie avec les conclusions.

L'envoi du rapport à M. le ministre est voté.

M. Pariset lit le discours qu'il a prononcé à l'occasion de l'inauguration de la statue de Broussais.

Gastrotomie dans le cas de grossesse extra-utérine.

M. Gerdy fait, au nom de M. Capuron et au sien, un rapport sur une observation de M. Mathieu, chirurgien de l'hôpital de la Charité (Loire), relative à un cas de grossesse extra-utérine, pour laquelle ce médecin pratiqua la gastrotomie.

Le sujet de cette observation est une femme, âgée de 38 ans ; elle était parvenue au neuvième mois de sa quatrième grossesse, lorsque survinrent des phénomènes semblables à ceux de l'accouchement, mais qui cessèrent au bout de peu de temps. Le ventre resta volumineux, et les coliques reparurent bientôt plus fortes et plus opiniâtres que la première fois. Des médecins qui furent appelés en consultation se refusèrent à tenter aucun moyen d'extraction, disant que *ce serait tuer un vivant pour sauver un mort.* C'est dans cet état que la malade s'adressa à M. Mathieu. Après avoir attentivement exploré l'abdomen, qui était comme divisé en deux tumeurs, l'une au-dessous du diaphragme, l'autre beaucoup plus bas, il fit une longue incision sur la ligne médiane, et commença par ouvrir la poche sous-diaphragmatique qui contenait des os et des cheveux, qu'il regarda comme les débris d'un second fœtus. Puis, ayant ouvert le kyste principal, il trouva un fœtus enveloppé seulement de l'amnios, frais, bien conservé, de 17 pouces de longueur, qui fut extrait sans difficulté. Des fomentations et des injections d'abord émollientes, puis résolutives et irritantes (chlorurées), conduisirent bientôt la malade à guérison. Elle était en état de sortir le vingt-huitième jour, et il n'y eut pas de rechute ; mais de quelle rechute veut-on parler ? s'écrie M. le rapporteur. Est-ce que les enfants poussent dans le péritoine comme les plantes parasites sur les murailles, sans cause connue ?

A l'occasion de ce fait, M. Gerdy présente quelques considérations sur les grossesses extra-utérines. Sous le rapport de leurs terminaisons différentes, il les range en plusieurs classes :

1° Grossesses extra-utérines prolongées pendant un temps plus ou moins long sans avoir en définitive causé la mort.

2° Grossesses extra-utérines abandonnées à elles-mêmes et terminées par la mort.

3° Grossesses extra-utérines suivies de guérison après la sortie naturelle ou provoquées des portions du fœtus, à travers une ouverture établie spontanément.

4° Grossesses extra-utérines où l'extraction du fœtus a été faite au moyen de la gastrotomie pratiquée sur la paroi abdominale, par le vagin, ou par le rectum. Dans 10 cas de ce genre où l'opération a réussi, 6 fois il y avait eu préalablement un travail spontané d'élimination, et 4 fois ce travail avait manqué.

L'art doit-il rester impuissant en semblable occurrence, continue M. le rapporteur. Il n'y a pas dans la science de réponse précise à cet égard. On a dit qu'il ne fallait pas pratiquer la gastrotomie avant le septième mois, parce que ce serait sacrifier un enfant qu'on aurait pu conduire jusqu'à terme. Puis cependant on ajoute immédiatement dans le même ouvrage que cette opération offre d'autant plus de chances de succès que la grossesse est moins avancée. En définitive chaque opinion se trouve justifiée, et le lecteur est libre de prendre le parti qui lui convient. Défions-nous, Messieurs, de ces dogmes incertains, de ces *principes chatoyans* qui fuient au moment où l'on croit les saisir. Cherchons plutôt à poser des règles sûres, en distinguant les diverses circonstances qui peuvent se présenter. Ainsi :

1° Quand la grossesse n'est pas certaine, que les douleurs sont peu prononcées, que la vie n'est pas en danger, il n'y a pas lieu d'opérer.

2° Quand la grossesse est bien constatée, les douleurs marquées, le danger pressant, on peut opérer,

mais on peut aussi temporiser, car l'un et l'autre partis ont été suivis de succès.

3° Quand les accidents datent de plusieurs années, se sont renouvelés à diverses reprises et que la vie est actuellement menacée, on doit recourir à la gastrotomie, après avoir d'abord calmé l'inflammation; et il faut faire l'incision plutôt par le rectum ou par le vagin que sur la paroi abdominale.

4° Quand il y a un commencement de travail et que la rupture du kyste fœtal est imminente, doit-on agir, et ne vaut-il pas mieux laisser la poche s'ouvrir d'elle-même que de l'ouvrir par la gastrotomie ? Il est difficile de répondre catégoriquement : tout ce que je peux dire d'une manière absolue, c'est que j'aimerais toujours mieux laisser mourir un malade que de le tuer.

D'après ces principes, on voit que, dans une foule de cas, la temporisation et l'intervention de l'art sont également proposables. Nous ne pouvons donc ni blâmer les médecins qui ont refusé d'opérer, ni M. Mathieu qui a pratiqué la gastrotomie. En définitive, la conduite de ce médecin, à part les injections irritantes dont il s'est servi, a été conforme aux préceptes de l'art, et nous vous proposons en conséquence de déposer son travail aux archives et de lui adresser des remercîments.

M. Nacquart trouve que le rapport est un peu trop étendu et qu'il exprime un blâme trop sévère à l'égard de la conduite de M. Mathieu.

M. Capuron : Parmi les faits qu'a cités M. Gerdy, il en a omis un fort remarquable rapporté par Méry. Il s'agit d'une femme affectée de grossesse extra-utérine qui resta pendant quarante-six ans dans cet état, et devint néanmoins enceinte et accoucha plusieurs fois. L'autopsie montra la présence d'un fœtus, et la pièce est actuellement déposée dans le cabinet du duc de Wurtemberg.

M. Gerdy : M. Nacquart demande quelques suppressions dans mon rapport; j'en reconnais le nécessité, et je les aurais probablement faites moi-même, si j'avais pu le retoucher avant de le lire à l'Académie.

M. Barthélemy : les cas de grossesse extra-utérine ne sont pas rares parmi les animaux. J'ai vu plusieurs fois des vaches rendre par le vagin ou par le rectum des os résultant de la décomposition d'un fœtus. Un vétérinaire de Montbard a fait connaître en 1840 l'histoire d'une brebis qui resta pendant longtemps en travail. Un vieux berger, qui jouit dans le pays d'une grande réputation, parce qu'il passe pour posséder encore les traditions de l'école que Daubenton fonda à Montbard, annonça que l'animal n'était pas sur le point d'agneler. Effectivement les symptômes s'apaisèrent et tout rendra dans l'état naturel; mais, deux mois après, une tumeur se manifesta à l'abdomen; elle se perfora spontanément et l'on aperçut, à travers l'ouverture, de la laine appartenant à l'agneau qu'on put aisément extraire en agrandissant la plaie. La mère se rétablit promptement.

M. Amussat : Je fus appelé, il y a huit à dix mois, à Palaiseau, auprès d'une dame qui, après avoir été enceinte, avait rendu par l'anus plusieurs pièces osseuses. Je n'eus qu'à dilater l'ouverture qui existait en ce point, et je fis facilement l'extraction d'une grande partie des os dont un médecin du pays acheva de retirer la totalité. La malade est aujourd'hui bien guérie, et l'on ne peut plus distinguer le lieu où existait la perforation de la paroi rectale.

M. Blandin : Je partage complétement l'opinion de M. Gerdy sur la détermination des cas dans lesquels il convient de pratiquer la gastrotomie; mais je voudrais prendre la défense de M. Mathieu, à l'occasion d'une de ses assertions qui a été blâmée à tort, suivant moi, par M. le rapporteur. On l'a critiqué d'avoir dit qu'il n'y avait autour du fœtus que la membrane amnios. Eh bien ! dans deux cas de grossesse extra-utérine que j'ai disséqués, je n'ai pas trouvé non plus de chorion et il n'existait que l'amnios. Ces faits viendraient à l'appui de l'opinion que j'ai émise, que le chorion ne se forme pas primitivement autour de l'œuf, mais dans la trompe de Fallope, théorie qui montre pourquoi il doit manquer, je ne dis pas dans toute espèce de grossesse extra-utérine, mais au moins dans les ovariques et les péritonéales.

M. Moreaux : Je demanderai à M. Blandin si les fœtus qu'il a disséqués étaient pourvus d'un cordon ombilical ? (M. Blandin : Certainement !) Il peut donc bien se faire que M. Blandin ait méconnu l'existence du chorion, et il existait incontestablement dans ces cas, puisqu'il se prolonge sur le cordon. Il est d'ailleurs constant que le chorion se rencontre dès les premiers temps de la vie intra-utérine, et il est très-facile de le distinguer de la membrane amnios dont un grand intervalle le sépare à cette époque de la gestation.

M. Blandin : Je ne pense pas que M. Moreau ait répondu à l'assertion que je viens d'énoncer. Du moment où il y a un cordon, dit-il, il y a un chorion, puisque celui-ci se continue sur le cordon; mais c'est précisément là la question à décider. En second lieu, il m'objecte que dans les accouchements prématurés, dans les avortements, on trouve le chorion séparé de l'amnios par un espace considérable; mais je n'ai jamais prétendu nier cette disposition.

M. Velpeau : M. Blandin dit qu'il ne croit pas à l'existence du chorion dans les grossesses extra-utérines péritonéales. Mais comment comprend-il donc la manière dont l'œuf et ses membranes se forment dans l'ovaire. Jusqu'ici il n'y avait pas eu de dissidence sur ce point; tout le monde admet que l'œuf sort de l'ovaire avec toutes ses enveloppes, qu'on trouve le chorion dès les premiers moments de la gestation; et on conçoit la nécessité absolue de cette membrane à cette époque, puisque c'est sur sa face externe que se développe le placenta, et que sans elle il n'y aurait par conséquent ni circulation, ni nutrition pour le fœtus. Il est vrai que dans les œufs de grossesse extra-utérine péritonéale que j'ai été à même de disséquer, le chorion et l'amnios n'étaient pas aussi distincts que ceux qui provenaient d'une gestation régulière; et la distinction est d'autant plus difficile que la pièce est plus ancienne.

M. Blandin : M. Velpeau prétend que l'œuf sort complet de l'ovaire; mais il n'en est rien, puisqu'il ne se recouvre de la membrane caduque que dans

la matrice; pourquoi donc n'admettrait-on pas que le chorion, lui aussi, ne vient s'y ajouter qu'après sa sortie de l'ovaire? Notez bien que je ne dis pas : cela est, mais : cela peut être; je n'affirme pas le fait, je pense seulement qu'il est possible, et je cherche à m'éclairer, et, pour cela, à rassembler des observations. D'après M. Velpeau, il est incontestable que, dans toutes les grossesses extra-utérines, on a trouvé le chorion; mais la chose est au contraire fort contestable, car, sans parler de mes dissections, vous voyez que M. Mathieu ne l'a pas rencontré. M. Velpeau me fait ensuite observer que, puisque j'admets que l'œuf, au moment où il quitte l'ovaire, est revêtu du chorion, je dois reconnaître que cette membrane existe dans la grossesse péritonéale. Mais c'est justement là répondre à la question par la question, car je n'admets pas du tout qu'il en soit ainsi, et je m'appuie, pour le nier, sur ce que j'ai constaté deux fois que le chorion manquait, et sur ce que je peux aisément donner de son absence une explication satisfaisante. On me dit enfin que, sans le chorion, il serait impossible de concevoir la formation du placenta; les explications ne m'embarrasseraient pas, soyez-en sûr, et je n'aurais pas de peine à vous montrer, sans avoir besoin de recourir au chorion, comment s'opèrent la formation et le développement du placenta.

M. Gerdy : On m'a reproché trop de sévérité à l'égard de M. Mathieu; mais j'ai peut-être péché précisément par l'excès contraire, car son observation contenait beaucoup d'irrégularités, beaucoup de choses répréhensibles; je ne les ai point celées, et je ne le pouvais pas. Autant qu'il a été en moi, cependant, j'ai atténué l'effet de cette critique, en faisant ressortir tout ce que le fait avait d'instructif, tout ce qui, dans la conduite du médecin, était digne d'éloge. La sévérité qu'on remarque dans ce rapport tient d'ailleurs à l'époque où il fut composé, époque où l'invasion du charlatanisme dans la chirurgie faisait de la rigueur une habitude légitime, un devoir même. Quant au parti que M. Blandin a cru pouvoir tirer de l'absence de chorion constatée par M. Mathieu, je dirai que, dans des cas semblables, j'ai reconnu l'existence de cette membrane, et peut-être, lorsqu'on l'a vu manquer, cela tenait-il, non à ce qu'elle ne s'était point développée, mais à ce qu'elle avait été détruite par diverses causes.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 31 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Remèdes secrets.

M. Hamel lit un rapport sur plusieurs remèdes secrets proposés pour le traitement des affections pulmonaires, pour la guérison des brûlures et sur la composition d'un café *stomachique de longue vie*. Les conclusions sont défavorables.

Fracture et luxation de l'avant-bras.

M. Larrey fait, au nom de M. Roux et au sein, un rapport sur une observation envoyée par M. Mazin. Il s'agit d'une plaie de l'avant-bras, compliquée de fracture du radius et du cubitus et de luxation du coude. Malgré la gravité des accidents, on parvint à conserver le membre. M. Larrey conclut à ce que l'auteur soit prié de mettre sous les yeux de l'Académie le sujet de cette observation, afin qu'on puisse bien juger du résultat obtenu. — Adopté.

Désarticulation de la cuisse faite avec succès.

M. Larrey lit un rapport sur une observation communiquée par M. Textor. Le malade qui en fait le sujet était affecté d'un sphacèle de la jambe pour lequel on fit d'abord la désarticulation de ce membre dans le genou. Mais bientôt la gangrène s'étant emparée du moignon, M. Textor fut obligé d'amputer la cuisse elle-même dans l'articulation coxo-fémorale. L'artère crurale était obstruée par un caillot fibrineux; néanmoins on jugea prudent de la lier. Il ne survint aucun accident grave, et l'appétit fut promptement recouvré. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, la santé du malade est si bien rétablie qu'il se promène dans les cours de l'hôpital.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer l'observation de M. Textor au comité de publication, pour être insérée dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE, et d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des membres correspondants. — Adopté.

Suite de la discussion sur l'époque du développement du chorion dans l'œuf humain.

M. Virey : J'ai demandé la parole pour soutenir l'opinion émise par M. Blandin dans la dernière séance. La plupart des auteurs en Angleterre et en Allemagne admettent que l'œuf, au moment où il se détache de l'ovaire, ne possède pas de chorion; il n'est alors recouvert que par l'amnios et ne s'enveloppe du chorion que lorsqu'il arrive dans la trompe. Cette doctrine est appuyée par un grand nombre d'expériences faites sur les animaux, et qui se trouvent relatées dans le travail de M. Parry qui a paru en 1840 dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES. Ceci est hors de doute et je m'étonne de voir nier en France un fait aussi généralement reçu à l'étranger. Il est donc bien évident que, si l'œuf tombe dans la cavité péritonéale en sortant de l'ovaire, il n'aura point de chorion.

M. Rochaux : Les anatomistes modernes ont avancé que, avant d'arriver à son organisation définitive, l'homme passe successivement par tous les types que présentent les animaux des classes inférieures. Mais la plus simple réflexion suffit pour détruire de telles hypotèses. On voit des pattes repousser aux écrevisses qui ont été mutilées : en conclurez-vous que la même chose arriverait chez l'homme? On ne peut non plus croire qu'une fois la conception opérée, de nouvelles parties viennent se surajouter à l'œuf humain. A partir du moment où il quitte l'ovaire, il existe tel qu'il sera plus tard, et, à part la membrane caduque, il contient, dès qu'il est formé, ses diverses enveloppes et tous ses moyens de nutrition.

M. Breschet : Je répondrai d'abord à M. Rochaux

que rien ne peut éclairer l'embryogénie humaine plus que l'anatomie comparée. Si nous savons quelque chose sur cette matière, c'est aux dissections et aux expériences faites sur les animaux que nous le devons. Jamais les Allemands n'ont dit, comme on le leur attribue, que l'homme passe successivement par tous les degrés de l'animalité : il y a trop de sens, trop de raison, trop de science en Allemagne pour qu'on y ait avancé une chose qui véritablement est absurde. Ce qu'on a dit, c'est qu'il y a dans le développement du fœtus des dispositions qui rappellent des organisations inférieures dans l'échelle zoologique. Ainsi on a trouvé des ouvertures sur les parties latérales du cou de l'embryon, et on les assimilées aux orifices des branchies ; mais on n'a pas voulu dire par là que l'homme fût un poisson.

Je ferai maintenant observer à M. Virey que la détermination des enveloppes qui recouvrent l'œuf quand il sort de l'ovaire est une question encore en litige. Ce qui est bien positif, c'est que au bout de quelque temps, on reconnaît dans l'œuf des enveloppes dont on n'avait pu dès l'abord parvenir à préciser aussi bien le nombre et la nature. Ce point demande encore de nouvelles dissections.

M. Virey : Il y a des faits qui démontrent que le chorion ne se développe que quand l'œuf est dans la trompe, et alors il apparaît sous forme de granulations et de villosités.

M. Villeneuve dit quelques mots sur l'influence que les causes de l'ordre moral peuvent exercer sur la production des grossesses extra-utérines.

M. Rochoux : De quelque part que vienne l'erreur, elle n'en a pas moins été commise. Que ce soient les Français ou les Allemands qui aient les premiers comparé le fœtus humain à un poisson, toujours est-il que c'est là une absurde rêverie. Maintenant on reconnaît qu'on a été trop loin et on veut venir à résipiscence ; je ne m'y oppose pas. Quant aux services qu'a rendus l'anatomie comparée, je ne regarde cette science que comme un aide, précieux à la vérité, mais dont l'importance est tout à fait secondaire.

M. Blandin : C'est moi qui ai amené cette discussion, en avançant dans la dernière séance que l'œuf est dépourvu du chorion dans les grossesses abdominales ; je dois donc chercher aujourd'hui à motiver mon opinion. Et d'abord ce n'est pas, à proprement parler, une discussion ; il s'agit seulement de recherches d'embryogénie, et tout le monde conviendra qu'il est bien difficile, au sein d'une académie, de les pousser aussi loin qu'il le faudrait pour arriver à la vérité. Tout se réduit à savoir quelle est la composition de l'œuf au moment où il se détache de l'ovaire, mais la ténuité des objets rend cette question extrêmement difficile. Je peux toutefois assurer que jamais on n'a assimilé sérieusement le fœtus humain à un poisson. Cette comparaison n'a été faite que d'une manière figurée. On m'a aussi opposé ce principe, savoir : que l'œuf a, dès sa sortie de l'ovaire, la même composition, les mêmes enveloppes qu'il présentera plus tard ; mais évidemment c'est une erreur, car à cette époque il n'y a ni placenta, ni membrane caduque : ces parties sont donc la formation secondaire ; et pourquoi n'en serait-il pas de même du chorion ? On me dit encore : il existe dans le principe un placenta et un cordon, donc il y a aussi un chorion à cette même époque. Mais c'est justement là la question en litige ; puis le placenta ne se développe pas primitivement ; si donc vous assignez au chorion la même époque de formation qu'au placenta, cet argument ne prouverait en aucune manière que le chorion existe dès le début. Enfin toutes les fois que j'ai observé la vésicule ombilicale, je l'ai trouvée placée entre le chorion de l'amnios. Cette situation est très-difficile à comprendre, si l'on admet le chorion existant en premier lieu. Pour moi, voici comment je l'explique : la vésicule ombilicale, entraînant avec elle le germe qui s'est greffé à sa surface, passe dans la trompe. Le point important serait de déterminer la composition de ce germe. Eh bien ! je prétends qu'il est uniquement constitué par l'ovule et l'amnios. Un peu plus tard, le germe étant parvenu dans la trompe, on voit apparaître le placenta, et l'œuf s'enveloppe alors d'une seconde membrane (le chorion) qui se trouve par conséquent naturellement placée en dehors de la viscule ombilicale.

En définitive, l'analogie de ce qui se passe chez les oiseaux, et certains faits d'embryogénie, sont très-favorables à mon système. Je ne le propose pas néanmoins comme tout à fait certain, car je n'ai pas la prétention de savoir déterminer beaucoup mieux que mes antagonistes la composition de l'œuf dès le moment de son origine, mais je dis qu'elle est entourée de considérations nombreuses et assez puissantes pour avoir un haut degré de vraisemblance.

M. Breschet : Un membre de l'Académie m'a présenté dernièrement un œuf de poule très-volumineux. En l'ouvrant, nous vîmes qu'il contenait un second œuf. Voici comment on peut concevoir la production des anomalies de ce genre : on sait que le vitellus, en descendant dans l'oviducte, s'enveloppe peu à peu des membranes de l'albumen, et l'on comprend très-bien que si, par suite d'une cause perturbatrice quelconque, cet œuf vient à remonter dans l'oviducte, il pourra se recouvrir d'un nouvel albumen, et ne passer qu'ensuite dans le cloaque où il s'encroûte de sels calcaires. C'est de la même manière que s'expliquent les monstruosités qui résultent de la pénétration réciproque de deux œufs. Pendant que je faisais des expériences avec Dupuytren, je me rappelle très-bien qu'un équarrisseur, nommé Dussaussoy, nous dit, en nous montrant une certaine poule, que tous ses œufs avaient deux jaunes, et nous trouvâmes en les ouvrant qu'il avait dit vrai ; cela tenait probablement à ce que l'animal était bien nourri, et que ses fonctions se faisant avec rapidité, plusieurs vitellus descendaient simultanément dans l'oviducte.

M. Morreau : Je dois commencer par dire qu'il s'agit d'un point d'embryogénie fort difficile, et que probablement la discussion actuelle sera sans résultat. Quoi qu'il en soit, je serai obligé, pour me faire bien saisir, de reprendre les choses *ab ovo*. (On rit.) Eh bien ! je dirai franchement que je n'ai pu comprendre les idées de M. Blandin. Ainsi, tout le monde admet que le produit fourni par la femelle dans l'acte de la conception se compose uni-

quement de la vésicule de Graef, formée elle-même de deux membranes séparées par un liquide séreux. On sait bien que, dans l'epèce humaine, il s'ajoute consécutivement à ces deux membranes une troisième enveloppe, la caduque; mais ce n'est l'à, pour ainsi dire, qu'une barrière destinée à empêcher l'œuf de tomber hors de la cavité utérine, une sorte de bandelette agglutinative qui le maintient accolé contre la surface interne de l'utérus. Mais l'agent exclusif du greffement de l'œuf sur l'utérus, c'est le chorion, et je demande à M. Blandin comment il pourrait se rendre raison de ce phénomène sans la présence du chorion? J'ai disséqué des ovules de quinze et dix-huit jours de conception, et j'ai toujours trouvé l'amnios et le chorion séparés par un intervalle; or, comment expliquerait-on cette séparation dans l'hypothèse de M. Blandin?

M. Velpeau : Il me semble que la question, telle qu'elle nous occupe maintenant, se compose de deux éléments bien distincts, de deux questions indépendantes l'une de l'autre. On prétend en effet d'abord que, dans les grossesses extra-utérines abdominales, il n'y a point de chorion; puis, que le chorion ne se forme que dans le passage de l'œuf à travers la trompe. Eh bien! le raisonnement n'est pas favorable à la doctrine qu'on veut aujourd'hui faire prévaloir, car toutes les notions admises et les expériences si nombreuses qui ont été faites sur ce sujet empêchent qu'on y ajoute foi Et, quant à l'observation, elle a aussi parlé, elle, mais dans un sens tout à fait différent de celui que suppose M. Blandin. On a trouvé le chorion dans beaucoup de grossesses extra-utérines, et les cas de ce genre se présentent assez fréquemment pour que le résultat de l'expérience sur ce sujet doive ici faire loi. Qu'oppose à tout cela M. Blandin? Deux observations où il dit n'avoir pas rencontré de chorion; mais, en les supposant même parfaitement authentiques, ce sont là des faits négatifs, et, comme tels, ils n'ont pas le pouvoir d'infirmer les faits positifs qu'on leur oppose, et dont j'ai vu deux exemples, sans compter ceux que M. Dezeimeris a relatés dans son mémoire.

M. Virey : Il a été bien établi que lorsque l'œuf sort de l'ovaire, le chorion n'existe pas, et qu'il ne se développe que plus tard, lors de son passage à travers la trompe, ou de son arrivée dans l'utérus. Par conséquent, si l'œuf tombe dans la péritoine, comme cela arrive dans les grossesses abdominales, il ne peut se développer, privé qu'il est de ses moyens de nutrition.

M. Blandin : Vraisemblablement M. Moreau n'a pas bien saisi l'explication que je donne des phénomènes. En effet, il dit que dès que l'embryon arrive dans la matrice, on le trouve enveloppé de l'amnios et du chorion. Mais je n'ai jamais parlé de ce qui a lieu ni de ce qu'on observe quand l'œuf est dans la matrice; je n'ai pas même prononcé le mot matrice. M. Moreau m'oppose encore que ma théorie ne pourrait expliquer l'espace qui existe entre le chorion et l'amnios; ce n'est pas là, il l'avouera lui-même, une objection bien formidable. Comment, dit-il encore, comprenez-vous que l'œuf puisse se greffer s'il n'y a pas de chorion? Mais c'est au moyen de la caduque que s'opère ce greffement, et le chorion n'y prend pas une part active. Passons maintenant aux difficultés que soulève M. Velpeau. Il dit avoir toujours trouvé un chorion dans les grossesses extra-utérines, mais ce n'était pas là sans doute le chorion avec tous ses caractères, c'était, en quelque sorte, un faux chorion; et il ne serait pas plus permis de le prendre pour la membrane à l'état normal, que d'appeler caduque véritable la membrane qui se développe sur le péritoine et qui sert au greffement de l'œuf dans les grossesses extra-utérines abdominales. M. Velpeau m'allègue enfin les cas où on a trouvé le chorion parmi les enveloppes, dans la grossesse extra-uterine, et notamment les faits de M. Dezeimeris. M. Dezeimeris, dans ses observations, dit seulement d'une manière générale que le fœtus a été trouvé entouré de ses membranes. Cela ne prouve rien dans la question; mais pouvait-on raisonnablement exiger plus de détails d'un auteur dont l'attention n'avait pas été spécialement dirigée sur ce point?

J'ai annoncé avoir deux fois cherché inutilement le chorion dans des cas de grossesse extra-utérine; voici quelques détails sur ces observations. Dans la première, il s'agit d'une grossesse très-ancienne; j'ai vu distinctement l'amnios, mais je n'ai pu reconnaître le chorion. Dans la seconde, la grossesse ne datait que de quinze mois : autour du fœtus mort depuis longtemps et entouré d'une couche de méconium existait l'amnios; puis en dehors il y avait un kyste qui, pour quelques personnes peut-être, sera le chorion; mais je déclare qu'à mes yeux il ne mérite pas ce nom, puisqu'il n'avait aucun des caractères normaux de cette membrane, tandis que ceux de l'amnios étaient restés suffisamment distincts pour permettre de le reconnaître avec certitude. Je termine en faisant observer que personne n'a répondu à l'objection que je tire contre l'ancienne théorie, de la situation qu'occupe la vésicule ombilicale, et de l'impossibilité de comprendre ce fait autrement qu'en admettant mes idées.

M. Gerdy : M. Blandin dit que M. Dezeimeris n'a parlé que d'une manière vague de l'état des enveloppes dans les grossesses extra-utérines; jai vu, au contraire, dans son mémoire, que tous les observateurs, et des observateurs quelquefois aussi savants qu'attentifs, affirment avoir trouvé dans ces cas le chorion aussi souvent qu'ils l'ont cherché. Il ne peut, bien entendu, être question des cas dans lesquels la composition de l'œuf avait été altérée par une sorte de putréfaction ou par l'inflammation éliminatoire. Des deux observations que vient de nous rappeler M. Blandin, l'une a rapport à une grossesse trop ancienne pour qu'on en puisse rien conclure. Dans la seconde, M. Blandin dit qu'il a trouvé un kyste; mais pourquoi ce prétendu kyste ne serait-il pas le chorion lui-même, ou un véritable kyste, à la surface interne duquel cette membrane se serait accolée? J'aurais désiré que M. Blandin nous eût appris s'il y avait, dans ce cas, un placenta, quelle était sa disposition, et surtout comment il se terminait à sa circonférence.

M. Velpeau : D'après le peu de mots qu'a dits M. Blandin sur les faits de ses observations, il est évident qu'il s'agissait là d'œufs dénaturés, et que, par conséquent, il n'y a aucune conclusion à tirer

du résultat de dissections nécessairement aussi imparfaites que celles-ci. M. Blandin prétend que personne n'a répondu à l'objection qu'il fonde sur l'impossibilité d'expliquer autrement que d'après ses idées la situation de la vésicule ombilicale entre le chorion et l'amnios. Je ne puis, pour ma part, accepter ce reproche : rien n'est plus aisé que de concevoir la position qu'occupe cette vésicule, en supposant que les deux membranes existent dès le principe; c'est là d'ailleurs une doctrine très-ancienne et que tous les auteurs ont adoptée ; et aucun des arguments de M. Blandin ne me semble de nature à l'infirmer, car le chorion est la membrane vasculaire, et sans lui on ne pourrait concevoir ni la nutrition, ni le développement du fœtus.

M. Blandin : Je commence par nier le fait que M. Velpeau nous donne pour une vérité démontrée. Non, il n'est pas prouvé que le chorion soit la membrane vasculaire du fœtus, et l'on peut très-bien comprendre que le fœtus vive et se développe sans chorion. M. Velpeau nous dit encore : le chorion existe dès l'origine; c'est un fait incontesté. Mais rien ne me semble, au contraire, plus douteux, et M. Velpeau n'admet-il pas lui-même que le placenta est de formation secondaire? Pourquoi donc n'en serait-il pas de même du chorion? M. Gerdy a fait quelques objections plus sérieuses : il prétend d'abord que, dans ma seconde observation, le kyste que j'ai trouvé n'était autre chose que le chorion. Je suis vraiment embarrassé pour répondre à cet argument, car je ne puis en appeler, pour résoudre la question, qu'à mon habitude et à mon jugement personnel. J'ai regarde cette membrane comme un kyste, et je persiste dans mon opinion. Vous soutenez maintenant que c'est le chorion ; eh bien, oui, c'est le chorion, si je me suis trompé ; mais c'est un kyste, si je suis dans le vrai. Voilà tout ce que je puis répondre ; car vous sentez combien ce genre de recherches est difficile : aussi vous pensez bien que ce n'est pas seulement sur deux faits que j'ai établi ma théorie. On me demande enfin des détails sur la situation et la composition du placenta dans mes deux observations. Je l'ai toujours trouvé, mais il n'avait pas ses caractères ordinaires. C'était une masse cellulo-vasculaire, de forme irrégulière, et qui, dans le second cas, était engagée dans l'épaisseur du kyste.

Tumeur fibreuse répondant aux deux faces de l'omoplate, extirpée avec succès.

M. Lisfranc présente un malade, âgé d'environ 30 ans, sur lequel il a récemment pratiqué une opération grave et difficile. Cet homme portait sur le scapulum du côté droit une tumeur à surface fort étendue, et formant un relief de 2 à 3 pouces d'élévation. M. Lisfranc, voulant l'extirper, fit d'abord une incision cruciale. Mais après avoir isolé en grande partie cette masse morbide, il s'aperçut qu'elle envoyait un prolongement considérable sous le scapulum ; il fallut donc renverser l'os en le saisissant par son angle inférieur, et le faire basculer presque complétement sur lui-même de bas en haut. Une nouvelle difficulté se présenta alors, car la tumeur s'enfonçait jusque dans la région claviculaire, où elle adhérait d'une manière très-intime, et M. Lisfranc ne put achever l'extirpation qu'en tordant son pédicule et le pressant avec les doigts, en même temps qu'il tirait sur le corps de la tumeur. Elle était de nature fibreuse, et avait déterminé par sa présence une voussure considérable du scapulum. Le malade est aujourd'hui bien guéri et jouit de l'entière liberté des mouvements de l'épaule.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance ne renferme rien d'intéressant.

Rapport de l'abondance des subsistances avec la mortalité.

M. Mélier, lit un mémoire intitulé : *Etudes sur les substances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et avec la mortalité.* Dans ce travail, que l'Académie a écouté avec une faveur soutenue, M. Mélier établit, par des documents nombreux, tirés de l'histoire des différents peuples, que le nombre des décès correspond toujours au prix des subsistances. Là où croît un pain, il naît un homme, a dit un économiste. Rien n'est plus vrai que cette expression métaphorique. Si l'on figure les variations de la mortalité ainsi que celles du prix du pain à des époques diverses, par deux lignes courbes, représentant toutes les fluctuations de ces chiffres, on les verra toujours se correspondre exactement entre elles par leurs sinuosités, avec la régularité la plus parfaite. L'accroissement constant de la population en France depuis un certain nombre d'années s'explique aisément par les progrès de l'agriculture, par les modifications qu'a subies la législation sur les céréales, et surtout par l'introduction de la pomme de terre. Du reste, lorsqu'on se livre à des études de ce genre, il faut bien faire attention que l'influence de la cherté des vivres porte plutôt sur l'année suivante que sur celle où elle a régné.

Commissaires : MM. Double, Villermé et Pariset.

Emploi du sulfate de zinc contre le choléra.

M. Londe fait un rapport sur un mémoire de M. Froissard intitulé : *De l'emploi du sulfate de zinc dans le choléra.* M. Froissard croit à la contagion de cette maladie, et cite quelques observations qui lui semblent probantes en faveur de cette doctrine. Le traitement qu'il propose est le sulfate de zinc donné à la dose de 12 à 16 grains par heure, et sans y ajouter l'eau du seltz, comme le faisait le docteur Parkins. Lorsque la réaction est déterminée, il cherche à la soutenir à l'aide du cachou, des vésicatoires aux cuisses, des lavements stimulants, etc. Dans 9 cas traités par cette méthode, il a obtenu 7 guérisons.

M. le rapporteur combat le dogme de la contagion. Les cas de choléra dus à cette cause qu'a relatés M. Froissard ne lui paraissent point décisifs,

et, en analysant leurs détails, on trouve toujours qu'ils peuvent être rapportés à d'autres influences. Quant au traitement conseillé par l'auteur, les commissaires ont pensé que les faits ne sont pas assez nombreux pour conduire à admettre la spécificité du sulfate de zinc dans cette maladie. Ils proposent en conséquence d'adresser des remercîments à M. Froissard, et de l'engager à continuer ses recherches.

M. Chervin : On a dit, à l'appui de la contagion du choléra, qu'il y avait presque toujours eu dans la même maison plusieurs malades simultanément ou successivement attaqués ; mais c'est là une erreur, et si Broussais, qui professait cette opinion, citait des observations en sa faveur, il y en a aussi une foule de contraires. Voici des faits : dans un hôpital militaire où régnait le choléra, le 4e régiment de ligne fournit 150 soldats pour le service d'infirmiers; 9 seulement devinrent cholériques et 2 succombèrent. Le 62e fournit 340 hommes, dont 8 seulement furent attaqués, et aucun d'eux ne mourut. Voilà donc 490 hommes qui, placés continuellement en contact avec les malades, et se fatiguant de toutes les manières, n'ont eu que 2 morts. Ceci me paraît on ne peut plus concluant contre les contagionistes.

M. Rochoux : Dans ces questions de contagion, la pierre de touche est l'influence qu'exerce le rapprochement des malades entre eux et leur séquestration. Si ces deux mesures n'exercent pas de modification en sens contraire sur le chiffre de la mortalité, soyez assuré que la maladie n'est point contagieuse. Or, l'épreuve et la contre-épreuve ont été faites d'une manière également probante. A Bicêtre, par exemple, j'ai observé que les infirmiers, qui étaient toujours en communication avec les cholériques, ont été moins maltraités que les autres habitants de l'hospice.

M. Nacquart : Je désirerais qu'on employât un ton un peu plus circonspect dans les conclusions, et qu'on ne se prononçât pas d'une manière aussi absolue contre la contagion du choléra. Il est des faits qui commandent encore le doute sur cette question. Ainsi j'ai vu, dans une seule famille, 18 personnes atteintes du choléra.

M. Chervin explique ce fait par l'influence morale, si puissante dans le cas d'une épidémie.

M. Nacquart répond qu'il n'admettrait l'influence des causes déprimantes, telles que la crainte, que s'il s'agissait d'une maladie de la nature du typhus.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Grossesse extra-utérine ; extraction du fœtus par le rectum.

M. Amussat lit une observation de grossesse extra-utérine qu'il a observée à Palaiseau. Nous avons déjà donné l'analyse de ce cas. (Voyez p. 171.) M. Amussat annonce que la malade est présente et pourra être examinée par quelques-uns des membres de l'Académie.

M. Capuron : Dans le cas que vient de nous faire connaître M. Amussat, l'extraction des diverses pièces du fœtus a été faite par le chirurgien. Pourquoi ne pas laisser à la nature le soin de se débarrasser toute seule ? Dans un certain nombre de cas dont j'ai été témoin, le travail d'élimination spontanée a suffi, et je crois qu'en général, dans de pareilles circonstances, on se presse trop d'agir.

M. Amussat : Je suis, au contraire, d'avis que, dans le cas présent, on a peut-être attendu trop longtemps avant de se décider à aider la nature. Remarquez que les os du fœtus ne faisaient pas saillie dans le rectum ; que l'ouverture établie aux dépens de la paroi de cet intestin était insuffisante pour leur livrer passage; enfin, que les choses étaient dans cet état depuis dix-huit mois, sans aucun progrès. Dans de telles conditions, il y avait réellement lieu à faire intervenir l'art.

M. Capuron : Pour produire l'élimination du fœtus, la nature détermine dans les parois du kyste une inflammation qui amène en même temps et leur perforation et leur adhérence avec les parties voisines. Son procédé est donc plus sûr que celui de l'art, qui ne peut pas créer des garanties aussi efficaces contre un épanchement dans le péritoine.

M. Amussat : Je persiste à dire que, dans des circonstances pareilles à celle que j'ai rencontrée, il faut aider à la sortie du fœtus ; il est alors indiqué d'opérer, et c'est là de la bonne chirurgie.

M. Velpeau : Je crois qu'il y a moyen d'accorder nos deux collègues, bien que leurs opinions paraissent totalement opposées. Lorsque, dans une grossesse extra-utérine, l'enfant vient de succomber, il se déclare parfois des accidents tellement pressants, qu'il est impérieusement indiqué d'agir. Passé ces premiers moments, il peut se présenter deux conditions bien différentes : ou les symptômes s'apaisent, le ventre est indolent, la maladie devient en quelque sorte chronique, et alors il n'y a qu'à temporiser; ou bien l'état inflammatoire se réveille, et il devient urgent d'opérer. Lorsqu'une ouverture se forme spontanément aux parois du kyste, il y a encore une distinction à faire : l'élimination s'opère-t-elle d'une manière convenable? tout annonce-t-il qu'elle pourra se terminer par cette voie? Attendez. Si, au contraire, les choses traînent en longueur, s'il y a fièvre hectique, inappétence, épuisement, etc., si d'ailleurs l'ouverture ne semble pas assez large, si surtout l'opération paraît devoir être sûre et facile, n'hésitez pas à faire intervenir l'art. Votre conduite sera rationnelle, et il ne manque pas dans la science d'exemples de succès pour la justifier.

Je profiterai de cette occasion pour annoncer à l'Académie que j'ai reçu de M. Bressol, médecin à la Charité-sur-Loire, une lettre très-détaillée, contenant quelques nouveaux documents sur l'observation de grossesse extra-utérine, qui a occupé l'Académie pendant les deux dernières séances. Ce médecin prétend d'abord qu'il a eu la part principale dans l'opération de gastrotomie qui a été pratiquée ; puis, relativement au point sur lequel a surtout porté la discussion, il me dit que les membranes n'ont point été observées, et que par conséquent on ne sait en aucune manière si le chorion existait ou n'existait pas.

Opération d'anus artificiel établi pour une oblitération de la cavité intestinale.

M. Amussat lit un mémoire sur ce sujet. Depuis sa dernière communication à l'Académie, il a pratiqué trois fois cette opération.

Dans le premier cas, le malade avait un cancer de l'épiploon, et la masse dégénérée comprimait l'intestin à l'endroit où le colon descendant prend le nom d'S iliaque; il y avait rétention des matières stercorales. M. Amussat crut devoir ouvrir un anus artificiel dans le colon ascendant, et il suivit pour cela le procédé de Callisen. Ayant mis l'intestin à découvert par sa face postérieure, il y passa un fil pour le fixer plus sûrement au-dehors; puis il enfonça un trocart, et finalement y pratiqua une incision longitudinale. Les matières sortirent en abondance. Quelque temps après, des selles eurent lieu par la voie naturelle.

La seconde malade, âgée de 60 ans, avait, par l'effet de la même cause, une obstruction du tube digestif qui datait de quarante-cinq ou de cinquante jours. L'affection cancéreuse siégeait ici à la partie supérieure du rectum. Depuis longtemps il ne sortait plus par l'anus que des matières liquides mêlées de mucosités et de sang. L'opération était indiquée. Elle fut faite sur le colon descendant. Il y eut une évacuation considérable de matières stercorales. Le ventre resta indolent les jours suivants; il n'y eut aucun symptôme de réaction inflammatoire, et ce ne fut que le dixième jour après l'opération qu'elle succomba aux progrès de l'affection cancéreuse.

Chez le troisième malade, il s'agissait d'une interruption du cours des matières, survenue tout à coup chez un homme âgé de 47 ans, qui avait jusque-là joui de la meilleure santé. Aucun signe n'indiquait que l'obstacle résidât dans le gros intestin plutôt que dans l'intestin grêle. M. Amussat dut alors, quoique à son grand regret, donner la préférence au procédé de Littre, car, en ouvrant le cœcum par sa face antérieure, on pouvait plus sûrement espérer d'arriver sur le rétrécissement, soit qu'il siégeât sur cet intestin, soit qu'il fût placé plus haut. L'opération ayant été faite, il trouva le cœcum distendu, et l'ouvrit, après l'avoir préalablement fixé à l'aide d'un fil passé à travers ses parois. Le malade, qui était dans un état d'affaissement extrême avant l'opération, mourut vingt-quatre heures après. L'autopsie fit voir que l'obstacle existait au niveau de l'union du colon transverse et du colon descendant. Il y avait là un rétrécissement de la cavité intestinale, qui était probablement dû à la présence d'un petit os de poulet ou de perdrix qu'on trouva dans ce point.

M. Amussat termine en faisant observer que ces trois observations résument à peu près toutes les difficultés que l'on peut rencontrer dans des cas de ce genre. Il annonce aussi à l'Académie que le second malade chez lequel il a pratiqué, il y a deux ans, un anus artificiel d'après le procédé de Callisen, M. T..., est encore maintenant dans un très-bon état de santé.

M. Gimelle : M. Amussat a rendu un grand service à la science en réhabilitant l'ingénieuse méthode qui consiste à ouvrir l'intestin en dehors du péritoine et, sous ce rapport, je lui rends pleine justice; mais je ne m'explique pas bien les motifs qui l'ont porté à agir d'après le procédé de Littre, dans un cas où il était nécessaire d'aller chercher l'intestin à inciser dans la profondeur de la cavité abdominale. Lorsque Littre appliqua son procédé, il était dans des conditions bien plus favorables, car l'intestin qu'il se proposait d'ouvrir faisait saillie à l'extérieur, et se présentait pour ainsi dire de lui-même sous le bistouri.

M. Amussat : Le malade qu'on me reproche d'avoir soumis à cette opération pouvait recevoir et garder trois lavements. Il était donc bien présumable que l'obstacle siégeait à une grande hauteur; et, dans l'impossibilité où je me trouvais de déterminer le point précis où il fallait aller le chercher, j'étais naturellement conduit à adopter le plan qui me permettait de porter mes recherches le plus haut possible. Le point délicat est de savoir quand il faut agir; en n'opérant pas, on peut laisser mourir le malade; en opérant, on s'expose à des reproches, je le sais, et cependant, vous le voyez, un de mes malades dont la mort paraissait imminente a été sauvé par l'opération, et vit encore depuis deux ans.

M. Velpeau : Je commence par faire observer qu'il y a de grandes différences individuelles sous le rapport du temps pendant lequel on peut impunément rester sans aller à la garderobe. Cette différence, qui est si prononcée déjà pendant la santé, se trouve aussi dans le cas de maladie. Une chose m'a surtout frappé dans les observations de M. Amussat; les malades, a-t-il dit, ont eu des selles naturelles, ont rendu des matières par le fondement quelques jours après l'opération. Comment cela a-t-il pu se faire, s'il y avait véritablement obstruction de la cavité digestive? Et si cette obstruction n'existait pas, pourquoi opérer? M. Amussat parle d'un de ses malades qui se porte bien depuis deux ans; et cependant il avait un squirrhe de l'intestin. De quelle manière peut-on comprendre que l'opération ait prolongé ses jours à ce point? Et l'établissement d'un anus artificiel serait-il donc un remède contre le cancer? M. Amussat attribue à la présence d'un osselet la lésion de l'intestin qu'il a trouvée chez son troisième malade; ne serait-ce pas plutôt le rétrécissement de l'intestin qui préexistait et qui a causé l'arrêt de ce corps étranger?

En résumé, la difficulté dans les cas de ce genre est extrême, et, malgré l'intérêt des observations que nous a lues M. Amussat, elle reste ce qu'elle était avant ses travaux. Quand faut-il opérer? Voilà la question vraiment embarrassante. Elle est même en quelque sorte insoluble, au moins d'une manière absolue, car si l'opération donne des chances de prolonger la vie des malades, on ne peut nier non plus qu'elle n'en donne de tout aussi positives de l'abréger. Je n'entends parler ici que des affections cancéreuses. Quant aux coarctations de l'intestin tenant à d'autres causes, telles que celles dont la dernière observation de M. Amussat offre un exemple, certainement l'opération serait indiquée en principe; mais il faudrait pouvoir préciser le lieu où siége le rétrécissement. Et, à part les cas où on le

pourrait, je ne crois pas que la méthode qu'on cherche à tirer de l'oubli doive jamais trouver de nombreux cas d'application. Je dirai même que si elle était peu employée autrefois, c'est moins à cause de ses dangers que parce qu'il est extrêmement difficile de trouver des circonstances où on puisse la regarder comme parfaitement indiquée.

M. Amussat. M. Velpeau ne comprend pas qu'après la création d'un anus artificiel, les malades aient rendu des matières par le fondement. Cette circonstance se retrouve aussi dans les observations de Littre; et je conçois parfaitement qu'il en soit ainsi dans quelques cas, car la masse cancéreuse finit par se ramollir, se détacher, et la voie qu'elle fermait se rouvre ainsi par les progrès mêmes du mal. M. Velpeau se demande ensuite si mon second malade, celui qui depuis deux ans a survécu à l'opération, était bien réellement affecté de cancer. Cela ne peut être mis en doute, quand j'ai pour garants de mon diagnostic des hommes tels que MM. Breschet, Récamier, Foville, etc. On peut s'expliquer la lenteur des progrès de l'affection en considérant que c'est peut-être un cancer incarcéré dans les parois du rectum. Quant à l'osselet que j'ai trouvé au niveau du point rétréci, dans ma cinquième observation, qu'il soit cause ou effet de l'obstruction intestinale, peu importe. M. Velpeau pose maintenant une dernière question : faut-il opérer plutôt que d'abandonner les malades à eux-mêmes? et il la laisse irrésolue. Je lui répondrai seulement que si l'opération que je propose n'est pas innocente, elle est du moins beaucoup plus sûre que celle qui se pratiquait auparavant; autant vaut laisser mourir le malade, dit-on. Eh bien! je crois qu'avec la ressource d'une opération telle que celle-ci, ce n'est plus à ce précepte qu'on doit s'en tenir désormais.

M. Guersant cite deux faits d'oblitération de l'intestin : le premier est celui du danseur Goyon qui avait depuis longtemps une tumeur dans le rectum; il entra dans un état de dépérissement extrême à la Maison de santé, où l'on ne put vaincre l'obstacle; et après sa mort, on constata la présence d'un anneau squirrheux qui opposait au cours des matières un obstacle insurmontable. Le second exemple est un cas où les symptômes de l'étranglement apparurent tout à coup et sans tumeur extérieure; on n'osa rien faire, et à l'ouverture du cadavre on trouva une vertèbre cervicale d'oiseau qui s'était placée en travers de l'intestin de manière à y intercepter la circulation des matières.

M. Lagneau : On a dit que le rétablissement des selles par la voie naturelle après la création d'un anus artificiel ne pouvait pas se comprendre; mais je m'en rend parfaitement compte, en réfléchissant que les matières une fois évacuées, l'irritation que leur présence entretenait sur le point rétréci, se dissipe; les parois de l'intestin éprouvent donc alors un dégorgement plus ou moins considérable, et par suite, le passage, quoique fermé depuis longtemps, peut se rouvrir.

L'Académie exprime des remercîments à M. Amussat pour son intéressante communication.

La séance est levée à 6 heures moins un quart.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle contient une lettre ministérielle, avec envoi d'une note du médecin des épidémies de Montbéliard sur une épidémie de fièvre militaire.

M. le docteur Raymond envoie à l'Académie une observation de luxation complète de l'articulation radio-carpienne, sans fracture.

Epidémies et épizooties.

M. Nacquart : A propos de la lecture de la correspondance, je veux faire observer à l'Académie que souvent il y a, dans les départements, des épidémies, sans que nous en soyons informés. Nous avons cependant une commission des épidémies, nous avons des correspondants dans les départements. Ne serait-il pas possible d'obtenir des renseignements plus précis et plus prompts? En fait d'épidémie, il importe d'être immédiatement instruit pour pouvoir les observer complétement, et c'est l'actualité qui fait tout.

M. Renauldin : M. Nacquart s'étonne que la commission des épidémies ne s'occupe pas de demander des informations; mais cela est tout naturel. Elle n'agit que d'après l'invitation du ministre, et ce n'est point à elle à prendre l'initiative.

M. Nacquart : Je respecte autant que qui que ce soit la hiérarchie des pouvoirs; mais, dans des cas aussi urgents, l'Académie n'a-t-elle pas le droit d'écrire spontanément et sans en avoir reçu la mission de l'autorité?

M. Desportes : L'ancienne Société de médecine consacrait la première séance de chaque mois à s'occuper exclusivement des épidémies, et ce n'était pas une des séances les moins intéressantes. Nous qui lui avons succédé, ne pourrions-nous pas continuer ses habitudes, et disposer, pour cet important objet, d'une séance au moins tous les trois mois? Ce serait là une mesure dont l'utilité me semble incontestable, et j'en fais la proposition formelle à l'Académie.

M. Dupuy : Je demande que cette proposition soit renvoyée au conseil d'administration, qui déciderait aussi s'il ne conviendrait pas également de traiter, dans cette séance, des épizooties survenues dans les départements.

M. Breschet croit que M. Desportes a confondu la Société royale de médecine avec la société des docteurs de la Faculté.

M. Honoré : Les documents qu'on nous envoie sur les épidémies sont trop incomplets, trop insuffisants pour qu'on puisse leur donner place parmi les mémoires à lire devant l'Académie.

M. Bousquet : Ce que M. Nacquart réclame se fait souvent; pas aussi souvent peut-être que cela serait à désirer, mais si le comité des épidémies n'a que rarement occasion de provoquer des communications de ce genre, ce n'est pas que cette mesure sorte de ses attributions, c'est parce qu'il ne peut

écrire aux correspondants que lorsqu'il a appris qu'une épidémie a lieu, et que souvent elle est déjà terminée lorsqu'il en est instruit.

M. Renauldin : M. Dupuy émettait tout à l'heure le vœu que l'on s'occupât des épizooties ; mais l'Académie ne reçoit pas souvent de mémoires à ce sujet, parce qu'ils sont ordinairement envoyés à la Société royale et centrale d'agriculture.

M. Barthélemy : Il faut s'expliquer sur ce que vient de dire M. Renauldin. La Société royale et centrale d'agriculture reçoit, il est vrai, beaucoup de travaux sur les épizooties, mais ce n'est pas le gouvernement qui les lui fait adresser. Si les auteurs les font parvenir de préférence à cette Société, c'est parce qu'elle a institué des prix pour les meilleurs mémoires qui lui arrivent.

M. Martin-Solon : Quand j'étais secrétaire de la commission des épidémies, j'avais proposé qu'on donnât une récompense, une médaille, par exemple, à l'auteur des meilleures descriptions d'épidémies. Cette proposition n'eut pas de suite alors, et cependant je crois qu'elle aurait pu contribuer à stimuler sur ce point le zèle des médecins. Je la reprends donc aujourd'hui, et je l'unis à celle que vous a présentée M. Nacquart.

L'ordre du jour est adopté.

Coloration des dents dans diverses maladies.

M. Cornac montre à l'Académie des dents de cholériques qu'il a conservées depuis 1832, et qui présentent encore le changement de coloration qui leur était particulier dans cette maladie.

M. Duval dit avoir observé cette même coloration chez des sujets qui avaient pris du nitrate d'argent à l'intérieur.

Etablissement d'un anus artificiel dans le cas d'oblitération de la cavité intestinale.

M. Cornac : J'ai beaucoup regretté de n'avoir pu assister à la fin de la dernière séance ; à propos de la communication de M. Amussat, j'aurais pu donner des renseignements positifs sur l'état présent d'un des malades sur lesquels il a établi un anus artificiel. Cet homme, avec lequel j'ai voyagé, est aujourd'hui bien portant ; il mange et fait toutes ses fonctions. Il m'a paru plein de joie d'avoir subi cette opération, et dit, dans son enthousiasme, que si Talma et Broussais y avaient été soumis, ils auraient été sauvés. M. Amussat n'a certainement pas besoin de mon témoignage pour que l'on croie à ses paroles ; mais c'était un besoin pour moi de dire ce que j'ai vu.

M. Breschet : Je m'associe tout à fait à la manière de voir de M. Cornac sur la nature de l'opération et sur ses résultats ; je rends aussi pleine justice à M. Amussat pour l'heureuse modification qu'il lui a fait subir, mais M. Cornac a dit qu'il était à regretter qu'on ne l'eût pas pratiquée sur Talma et sur Broussais. Eh bien ! j'ai vu l'un et l'autre à leurs derniers moments, et je déclare qu'ils ne se trouvaient pas dans le cas où cette opération est indiquée. Talma surtout fut examiné par Dupuytren, qui partagea mon opinion, et dit qu'il n'y avait rien à faire. Et cela était vrai, car, outre son affection du rectum, Talma avait un anévrisme du cœur qui n'aurait pas tardé à le faire périr, peut-être tout à coup et sur la scène même, dans un des rôles où il déployait tant de pathétique, dans celui d'Oreste, par exemple. Broussais ne présentait pas non plus les conditions dans lesquelles cette opération peut être rationnellement exécutée.

M : Cornac. Remarquez bien que l'opinion que M. Breschet s'attache à combattre, ce n'est pas la mienne, c'est celle du malade de M. Amussat. J'ai cité ses paroles, mais je n'en prends pas la responsabilité ; ce serait blâmer la conduite de ceux qui ont soigné Talma et Broussais ; je ne me serais pas permis une légèreté semblable.

M. Bégin : Je ne puis partager le sentiment de M. Breschet sur le traitement qui convenait dans le cas de Talma et dans celui de Broussais. Loin de penser que la maladie de Talma n'admît pas l'opération de l'anus anormal, c'est au contraire en le voyant que j'en ai conçu la première idée. Et le cas était éminemment favorable au succès d'une tentative de ce genre, car il n'y avait pas d'altération cancéreuse ; il n'y avait qu'un simple rétrécissement à la partie supérieure du rectum. Qu'il y eût en même temps un anévrisme du cœur, je le sais, mais cette complication n'empêchait pas de remédier à la maladie locale ; et j'avais formé le projet, que je communiquai même à Dupuytren, d'aller avec un traitement introduit par le rectum, percer la poche dans laquelle étaient retenues les matières et d'ouvrir dans le rectum même un anus artificiel, à l'aide de cette ponction.

M. Amussat : Je n'ai pas été à même d'observer Talma, mais je suis bien aise de voir que les deux médecins qui ont assisté à ses derniers moments ont chacun une opinion opposée sur l'opportunité de l'opération dans ce cas. Quant à la nature de sa maladie, jamais, je le pense, l'établissement d'un anus artificiel n'a été mieux indiqué, car l'affection qu'il portait n'était pas un cancer ; il n'avait qu'un rétrécissement squirrheux, et la nature avait déjà commencé chez lui l'opération dont vient de parler M. Bégin, puisqu'il y avait une ulcération sur les parois du rétrécissement, ou plutôt sur la cloison qui séparait la poche contenant les matières d'avec la partie inférieure de l'intestin. Pour ce qui est de Broussais, je l'ai vu jusque dans ses derniers instants, et je puis affirmer qu'il y avait interruption presque complète du cours des matières. A sa mort, il n'avait pas eu de selles depuis vingt-un jours. L'opération convenait donc parfaitement, et c'est même à cette occasion que j'eus la première idée de mon procédé. J'aurais donc pu l'appliquer d'abord sur lui, mais je ne l'osai pas, car il aurait été difficile de commencer par un aussi grand homme.

M. Breschet : M. Amussat dit que chez Broussais les matières ne pouvaient point passer ; mais elles passaient si bien, au contraire, qu'il avait de temps en temps des évacuations considérables, des débâcles qu'il prédisait même d'avance et à jour fixe. Vous dites que l'opération était indiquée ; il est sans doute aisé de porter le diagnostic *à posteriori* et quand l'autopsie vous a éclairé, mais la question est bien autrement embarrassante sur le

vivant, et il est difficile de la décider d'une manière aussi tranchée lorsqu'on ne peut toucher l'altération que du bout du doigt.

M. Amussat : M. Breschet vient de parler de *débâcles ;* ce mot seul juge la question et prouve que la rétention des matières existait chez Broussais; car s'il n'y avait pas eu d'obstacles, pourquoi les évacuations auraient-elles été aussi rares et aussi abondantes?

M. Gerdy : L'opération que M. Bégin a proposé de faire à Talma me paraît très-rationnelle, et j'ai eu moi-même plusieurs fois occasion de la pratiquer sur des enfants venus au monde avec une imperforation de l'anus, soit que l'intestin manquât dans une certaine étendue, soit qu'il y eût seulement occlusion de l'orifice inférieur. Dans trois cas où j'ai agi ainsi, ma conduite a été couronnée de succès. M. Amussat craint qu'on ne fût exposé à des épanchements. On peut les prévenir en laissant une canule dans la voie ouverte artificiellement, et de toute manière cette opération, lorsqu'elle est possible, me semble préférable à celle de M. Amussat. Il ne faut pas croire que l'opération de l'anus anormal soit rigoureusement indiquée, dès qu'il existe une interruption, même ancienne, du cours des matières. Vous connaissez l'histoire de ce chirurgien de Rochefort qui, partant de France pour aller au Sénégal, restait pendant tout le temps des deux traversées sans aller à la selle, et ne rendait de matières qu'à son retour en France. Il vécut longtemps ainsi sans aucun accident.

M. Begin : M. Gerdy vient de rappeler les opérations qu'il a faites pour une imperforation de l'anus. Dans la maladie de Talma, le cas était plus grave, et le danger de l'épanchement plus redoutable, car il y avait deux séreuses adosées, et l'instrument qui aurait percé cette cloison aurait nécessairement pénétré dans le péritoine.

M. Amussat : Ce qu'a dit M. Gerdy sur le peu de danger d'une longue rétention des matières chez certains individus, est fort juste; mais je lui ferai observer que, dans toutes mes opérations, j'ai eu soin d'attendre très-longtemps avant de me déterminer à agir.

Nouvel instrument pour écarter les paupières.

M. Velpeau lit un rapport sur un instrument inventé par M. Kelley-Snowden, pour tenir les paupières écartées pendant les opérations qu'on pratique sur l'œil. M. Velpeau dit l'avoir employé dans plus de 150 opérations de strabisme, et il lui a reconnu tant d'avantages qu'il ne se sert plus que de lui maintenant. Il permet d'opérer seul et sans le secours d'un aide. C'est donc un instrument aussi utile qu'ingénieux, et M. Velpeau propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de mentionner honorablement son travail dans le *Bulletin*.—Adopté.

Invention de la strabotomie au 18e *siècle.*

M. Velpeau donne lecture d'une note qui lui a été transmise par M. le docteur Ribail, et qui est extraite du *Précis analytique des travaux de l'Académie de Rouen*, pour l'année 1743. Dans un passage de ces mémoires, Lecat raconte les prouesses d'un charlatan qu'il désigne sous le nom de T..... et qui, pour attirer l'attention, opérait devant un public nombreux et choisi, dans une pièce où était étalée une riche collection d'instruments. La porte était gardée par des soldats. Voici comment Lecat raconte l'opération qu'il faisait subir aux louches. Avec une aiguille enfilée d'un fil de soie, il traversait la conjonctive, et, après avoir fixé l'œil de cette manière, il divisait d'un coup de ciseaux le pli de la membrane formé par l'anse de fil. On couvrait l'œil sain d'un emplâtre, l'œil louche se redressait, et l'on criait au miracle. Lecat l'ayant interrogé sur le but qu'il se proposait dans cette opération, il répondit que le strabisme ne provient que de l'inégalité des muscles de l'œil, et qu'il suffit, pour le guérir, d'en affaiblir un. Quoi qu'il en soit de cette singulière histoire, ajoute M. Velpeau, quelle que soit l'interprétation qu'on croira devoir lui donner, elle m'a paru digne d'être rapportée, car elle pourrait peut-être conduire à assurer aux Français la découvertede l'opération du strabisme.

M. Bouvier : Je ne puis être de l'avais de M. Velpeau, car il est clair que si l'opération dont il parle avait été rationnelle, si elle avait réussi, elle serait restée dans le domaine de l'art.

M. Velpeau : Je n'ai pas eu la prétention d'enlever à M. Dieffenbach la part qui lui revient légitimement dans cette découverte, car il y a une énorme différence entre une invention due au hasard et la création d'un procédé régulier et rationnel. On pourrait sans doute contester à Dieffenbach le titre d'inventeur, car l'opération avait été parfaitement décrite avant lui par Stromeyer. Je conviens d'ailleurs que l'indication donnée par Lecat est bien vague; la description du manuel opératoire n'a rien de précis; il dit lui-même que dans plusieurs cas il y avait des récidives ou des insuccès. Enfin le fait même de la guérison pourrait être constaté, d'après le texte de la note que je vous ai lue, car tout le monde sait que lorsqu'on ferme l'œil sain, celui qui est strabique paraît momentanément redressé.

M. Nacquart trouve quelque ressemblance entre l'opération décrite par Lecat et la strabotomie par la méthode sous-conjonctivale.

M. Velpeau : Je ne puis admettre ce que vient de dire M. Nacquart; le procédé qu'indique Lecat serait plutôt l'analogue de la méthode ordinaire.

Sur l'emploi thérapeutique du deuto-iodure de mercure ; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Dès 1821, le docteur Coindet, de Genève, avait appliqué les préparations iodurées au traitement des scrofules. En 1822, le professeur Brera, de Padoue, les avait introduites dans la thérapeutique des affections vénériennes. Un peu plus tard, le docteur Biett les employait à l'hôpital Saint-Louis dans diverses maladies de la peau. Les *iodures de mercure* en particulier devinrent l'objet des observations thérapeutiques de M. Biett, et c'est à lui qu'on doit la méthode générale de traitement des *syphilides* par le proto-iodure de mercure.

M. Gibert fit, en 1836, à l'hôpital de l'Ourcine,

quelques expériences avec le *deuto-iodure* de mercure. M. Boutigny, pharmacien de Paris, avait eu l'idée d'administrer, sous la forme syrupeuse, ce composé, uni à l'iodure de potassium. Jusque-là, le *deuto-iodure* de mercure, bien qu'indiqué dans plusieurs formulaires, n'avait guère été administré à l'intérieur. M. Biett ne l'employait pas. On l'avait essayé à l'hôpital St-Louis, dans les salles de M. Manry, mais à l'extérieur seulement, et le professeur Brera, qui l'avait administré à quelques malades, ne l'avait employé que sous la forme de solution alcoolique, préparation toute différente de celle proposée par M. Boutigny.

Quelque temps après l'emploi du sirop de deuto-iodure à l'hôpital de l'Ourcine, de nouvelles expériences furent faites à l'Hôpital du Midi avec le deuto-iodure ioduré, mais administré sous forme pilulaire.

M. Gibert a repris l'année dernière, dans son service de l'hôpital St-Louis, ses essais thérapeutiques sur le sirop de deuto-iodure ioduré, et il l'a aussi administré avec succès à quelques malades de la ville.

Les résultats obtenus lui ont paru assez satisfaisants pour ne pas tarder davantage à appeler l'attention des praticiens sur ce remède, que l'on peut appeler nouveau (puisque, jusqu'en 1836, on avait généralement abandonné le deuto-iodure de mercure, pour lui préférer le proto-iodure), et qui paraît particulièrement applicable aux cas précisément les plus difficiles à traiter, savoir, les syphilides graves qui ont résisté aux remèdes ordinaires, et les éruptions scrofuleuses qui se rapprochent, pour la forme et l'aspect, des éruptions syphilitiques.

Le bi-iodure de mercure est soluble dans une solution d'iodure de potassium, avec lequel il se combine pour former un iodure double de mercure et de potassium.

Voici la formule du sirop de deuto-iodure ioduré, préparé par M. Boutigny :

Bi-iodure de mercure. . . .	1 gramme.
Iodure de potassium. . . .	50 —
Eau.	50 —
Dissolvez, filtrez au papier, puis ajoutez sirop de sucre bien blanc, marquant 30 degrés froid.	2400

La capacité d'une cuiller à soupe ordinaire contient 25 grammes de ce sirop, et c'est à cette dose que M. Gibert l'a administré à ses malades.

Cette dose représente un centigramme de bi-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de patassium.

La proportion d'iodure de potassium contenu dans le sirop dépasse celle qui serait nécessaire pour tenir le bi-iodure de mercure en dissolution ; mais, outre qu'elle met obstacle à la décomposition de celui-ci, en échangeant de base avec les sels qu'on rencontre toujours en plus ou moins grande quantité dans l'eau dont on se sert pour faire le sirop, elle jouit encore d'une action thérapeutique directe fort utile dans les circonstances où ce sirop est administré.

Ce sirop, facile à employer chez tous les sujets, à tout âge, tout sexe, tout tempérament, est d'un goût bien plus agréable que celui de tout autre sirop mercuriel connu, et se conserve inaltérable pendant un temps indéterminé (1).

Quelques malades néanmoins se dégoûtent du sirop au bout d'un certain temps et préfèrent la forme pilulaire. On substitue alors au sirop de deuto-iodure ioduré les pilules suivantes :

Prenez :	Bi-iodure de mercure. .	0,10 grammes.
	Iodure de potassium. . .	5,00 —
	Gomme arabique pulv. .	0,50 —
	Miel, q. s. pour une masse bien homogène, qu'on divisera en 20 pilules.	

Deux de ces pilules, prises chaque matin à jeun, représentent les doses médicamenteuses contenues dans 25 grammes de sirop.

M. Gibert rapporte plusieurs observations de syphilides et de scrofules cutanées, dans lesquelles le sirop de deuto-iodure ioduré a réussi après que tous les autres remèdes avaient échoué.

(Commissaires : MM. Cullerier, Jolly et Henry).

Asphyxie causée par un morceau de viande arrêté au-dessus de l'orifice du larynx.

M. A. Bérard met sous les yeux de l'Académie les pièces résultant de l'autopsie d'un vieillard mort subitement. Cet homme, qui avait eu une ancienne attaque d'apoplexie, éprouva tout à coup, en mangeant, un sentiment de strangulation, et succomba en peu d'instants. On trouva, dans l'intérieur du pharynx, un morceau de viande très-volumineux qui, placé immédiatement au-dessus et en arrière de l'ouverture laryngienne, refoulait les condes vocales d'arrière en avant. M. Bérard fait remarquer que presque tous les cas d'asphyxie dus à une cause semblable appartiennent à des individus apoplectiques ou en démence, et qu'il serait par conséquent très-utile de les surveiller pendant qu'ils prennent leur repas, et de ne laisser à leur disposition que des aliments mous ou divisés en petits morceaux.

Extraction d'un polype fibreux implanté dans le corps de l'utérus.

M. Bérard présente encore un polype fibreux de l'utérus qui, depuis treize mois environ, avait déterminé des hémorrhagies abondantes et répétées. Cependant l'exploration, tout en faisant reconnaître une augmentation de volume de l'utérus, et la présence d'un corps étranger dans sa cavité, ne laissait apercevoir aucune saillie du polype dans l'intérieur du vagin. Seulement le col de l'utérus était aminci, et son orifice légèrement dilaté. Vu l'urgence des

(1) Cet avantage sera facilement apprécié par les praticiens. Tous nos sirops mercuriels se décomposent très-rapidement et n'ont dès-lors qu'une action très-infidèle.

accidents, M. Bérard se décida à débrider le col pour extraire le polype. Le débridement fut pratiqué en introduisant une sonde cannelée, sur laquelle il conduisit un bistouri boutonné. Les bouts de l'ouverture ayant été incisés à droite et à gauche, il devint possible de circonscrire la tumeur avec le doigt, et de reconnaître son point d'implantation. On la saisit alors avec une pince de Museux, et après l'avoir amenée jusqu'à la vulve, on en fit l'excision. Nul accident n'est survenu, et la guérison est aujourd'hui parfaite.

Farcin chronique chez l'homme.

M. Bérard annonce à l'Académie qu'il a, dans son service, un palefrenier qui présente les symptômes du farcin chronique.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle contient une lettre ministérielle annonçant l'invasion d'une épidémie de variole à Castellane.

M. le docteur Letellier envoie une observation d'accouchement terminé d'une manière naturelle, malgré la présentation du bras.

Fonctions de l'utérus.

M. Capuron lit un rapport sur un mémoire de M. Priorin ayant pour titre : *Des fonctions physiologiques de l'utérus, de leurs différences dans les espèces animales, et du traitement de l'inflammation aigue et chronique de sa membrane interne.* En lisant cet ouvrage, dit M. le rapporteur, je n'y ai rien trouvé de nouveau, rien qui fût propre à l'auteur, soit sur l'anatomie, soit sur la physiologie, soit sur la pathologie de l'utérus. Cependant comme l'auteur est un homme fort instruit et plein d'érudition, je propose de le remercier, de déposer son manuscrit aux archives et d'inscrire son nom sur la liste des membres correspondants.

M. Castel : Je suis étonné que M. Capuron qui, plusieurs fois, *a fait briller au sein de l'Académie les éclairs d'une imagination méridionale*, ait négligé cette occasion de nous entretenir de la femme, de la femme tantôt méprisée, tantôt humiliée, tantôt exaltée outre mesure. Après avoir examiné l'opinion des médecins, des naturalistes et des philosophes sur ce sujet, dont on a, suivant lui, trop négligé l'étude, M. Castel signale parmi les causes des différences que présente le sexe féminin, le diamètre de l'aorte abdominale moindre que celui de l'homme, et le volume plus considérable du plexus hypogastrique.

M. Capuron : Je n'accepte pas les reproches que M. Castel a dirigés contre la rédaction de mon rapport. Quant à la femme, eh mon Dieu ! pour parler sur ce sujet, il n'y a qu'à penser à elle, et l'imagination dit tout ce qu'on veut.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Renversement complet de l'utérus guéri par l'excision.

M. Capuron fait un rapport sur une observation envoyée sous ce titre, par M. Portal. Cette observation a été rapportée dans l'*Encyclogr.*, 4e série, v. VI, p. 290. Les conclusions sont d'adresser des remercîments à l'auteur et d'inscrire son travail au *Bulletin*. — Adopté.

Mort presque subite par suite d'indigestion.

M. Capuron lit encore un rapport sur une observation envoyée par M. Lasserre. Chez une femme en travail, le bras de l'enfant avait été arraché par une matrone, lorsque le médecin arriva ; celui-ci termina néanmoins l'accouchement par les pieds. La femme commençait à se rétablir, et la convalescence, quoique lente, se consolidait de jour en jour, lorsqu'on persuada à la malade de manger des aliments solides. Elle fit un repas composé de haricots blancs et de pain bis mal cuit. Mais son imprudence lui coûta cher, car deux heures après elle succomba.

M. Capuron propose de remercier l'auteur, et de renvoyer son observation au comité de publication.

M. Bégin : Le fait que vient de rapporter M. Capuron est sans doute intéressant, mais il ne mérite pas, ce me semble, d'être renvoyé au comité de publication ; il suffirait de le déposer aux archives.

Les conclusions modifiées dans ce sens sont adoptées.

Physiologie du système nerveux.

M. Breschet présente à l'Académie, de la part de M. Longet, deux mémoires ayant pour titre, l'un : *Recherches sur les propriétés et les fonctions des faisceaux de la moëlle épinière et des racines des nerfs rachidiens*, et l'autre : *Recherches expérimentales sur les fonctions des nerfs des muscles du larynx, et sur l'influence du nerf accessoire de Willis dans la phonation.* Je déclare, ajoute M. Breschet, que tout ce que contiennent ces mémoires est d'une haute importance physiologique. J'ai vu toutes les expériences de M. Longet, et j'ai pu constater par moi-même la réalité de tous les phénomènes sur lesquels reposent ses conclusions. On doit donc accueillir favorablement ces travaux, qui sont intéressants sous le double rapport et du résultat qu'ils ont mis en évidence et de la manière rigoureuse et logique dont ils sont conçus.

M. Bouillaud : Je joins mon approbation à celle de M. Breschet ; comme lui, j'ai suivi toutes les expériences faites par M. Longet, et quand on y a assisté, on ne peut se refuser à admettre, comme conséquence nécessaire, la spécificité d'action des racines antérieures et des racines postérieures, dans la répartition de la motilité et de la sensibilité. Dans les vivisections dont M. Longet nous a rendus témoins, tout cela a été démontré pour moi d'une manière mathématique.

M. le Président prie M. Breschet d'exprimer à M. Longet les remercîments de l'Académie.

Luxations congénitales du fémur.

M. Pravaz lit un mémoire intitulé : *Sur le diagnostic et le traitement des luxations congénitales du fémur.*

M. Pravaz fait d'abord observer que le diagnostic de ces luxations était fondé jusqu'ici sur des symptômes qui, considérés isolément ou pris dans leur ensemble, étaient réellement insuffisants pour caractériser la maladie. Il est un signe qui n'a pas été indiqué par les auteurs. Dans tous les cas où la réduction a pu ensuite être obtenue, M. Pravaz a remarqué que le sujet affecté de luxation pouvait fléchir la cuisse jusqu'à l'épaule, *sans plier la jambe sur la cuisse*, et ce mouvement devient impossible dès que la réduction a eu lieu. La raison en est facile à comprendre. Sur un sujet sain, les muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, ne permettent une flexion exagérée de la cuisse qu'autant qu'ils sont relâchés par la flexion préalable de la jambe. Dans le cas de luxation, au contraire, la tête du fémur est libre de descendre et de voyager sous les muscles, de manière à ce que leur distension n'ait pas lieu, quel que soit le degré auquel le membre se fléchisse, de sorte qu'il n'est pas besoin de plier la jambe pour empêcher cette distension. La réduction une fois opérée, le sujet rentre dans les conditions de l'état normal. Si, dans une luxation du fémur, la flexion de la cuisse ne pouvait avoir lieu sans que la jambe fût d'abord pliée, ce serait un motif suffisant pour présumer que la tête est fixée dans une cavité de nouvelle formation.

M. Pravaz rapporte ensuite l'observation d'une jeune personne de 13 ans, affectée d'une luxation congénitale double, qui avait été constatée par MM. Marjolin et Blandin. M. Bouvier l'avait déclarée incurable. Au bout de vingt-cinq mois de traitement, M. Pravaz a obtenu la réduction des deux côtés. La malade a été présentée à la Société de médecine de Lyon, qui a reconnu la parfaite conformation et le rétablissement des facultés locomotives. Il ne reste qu'un peu d'embarras dans les mouvements, mais on peut espérer que, comme dans les autres cas, cette gêne diminuera à la longue.

M. le Président propose de nommer MM. Marjolin, Blandin, Gerdy, Breschet, Nacquart et Bouvier, pour examiner la malade de M. Pravaz, et faire, sur son état actuel, un rapport à l'Académie.

M. Pravaz : M. Bouvier a déjà fait connaître son avis ; dans ce procès, il est partie, et ne peut par conséquent devenir juge. Je m'oppose donc à ce qu'il soit nommé membre de la commission.

M. Delens : Il me semble, au contraire, que M. Bouvier doit naturellement être choisi pour commissaire, puisqu'il a déjà vu la malade dont il est question.

M. Bousquet : M. Pravaz étant membre correspondant de l'Académie, il n'y a pas lieu à nommer une commission pour examiner son mémoire.

M. Londe : Je suis de l'avis de M. Bousquet. Il n'y a pas à nommer de commission. M. Pravaz sera dans la même position que les membres de l'Académie qui viennent présenter des pièces pathologiques à la fin des séances. Comme eux, il pourra répondre lui-même aux objections qui lui seront faites.

M. Dubois (d'Amiens) : Ce qu'a dit M. Bousquet n'est pas vrai d'une manière absolue. Il est positif que certains membres de l'Académie ont eu un rapport fait sur leurs travaux. Je pourrais citer comme exemple M. Amussat.

M. Gerdy : Il est juste, et on le conçoit bien, que les membres de l'Académie ne soient pas astreints aux mêmes formalités que les étrangers ; mais lorsqu'ils demandent que ces mêmes formalités leur soient appliquées, lorsqu'ils sollicitent un examen de leurs travaux et un rapport, on ne peut le leur refuser. Maintenant, M. Pravaz refuse M. Bouvier comme juge, et son motif me semble assez raisonnable. Il suffit que M. Bouvier soit lié par des antécédents qui ne le laissent pas tout à fait libre dans ce débat, pour qu'il ne soit admis à y figurer qu'à titre de témoin. Je suis loin de mettre en doute la probité scientifique de notre collègue, mais vous savez combien, lorsqu'on est imbu de certaines idées, on a de peine à s'en défaire et à voir les choses sans prevention. Or, il pourrait se faire que M. Bouvier se trouvât involontairement, et par le fait même de son premier jugement, dans une position semblable.

M. Delens : Si M. Bouvier est enchaîné par ses antécédents, il est aussi dans la commission des hommes qui sont liés par des antécédents contraires. Il serait donc, je crois, convenable de prendre la commission parmi les membres qui sont jusqu'ici demeurés étrangers à ces débats.

M. Gerdy : La considération que vient de présenter M. Delens me semble juste, et je suis en conséquence disposé maintenant à consentir que M. Bouvier fasse partie de la commission.

M. Velpeau : La réductibilité des luxations congéniales du fémur est une question qui s'agite depuis plusieurs années. C'est donc ici un cas où il importe que les faits donnés comme preuves soient examinés avec la plus grande attention ; et, pour cela même, je desire que M. Bouvier soit appelé dans la commission. M. Bouvier est un opposant, dit-on ; mais c'est précisément ce qui rendra son concours très-utile, ce qui fait que je le crois très-propre à éclairer la question. Lors même que la majorité de la commission n'admettrait pas comme probant le fait de M. Pravaz, qu'en résulterait-il de fâcheux ? Cette conclusion serait peut-être désagréable à M. Pravaz ; mais, quelle qu'elle soit, la science ne peut que gagner à ce que la discussion soit approfondie, et à ce que tous les arguments trouvent à s'y produire.

M. Roche : Je demande la parole pour un rappel au règlement. Jamais, jusqu'à présent, on n'avait accordé la parole aux membres correspondants.

M. Gérardin : M. Roche est dans l'erreur. Les usages de l'Académie sont de permettre aux membres correspondants de prendre la parole pour défendre les travaux ou les observations qu'ils viennent présenter.

M. Londe : C'est justement parce que M. Pravaz pourra répondre aux objections, c'est parce qu'on lui en reconnaît ici le droit, qu'il serait peu con-

venable de ne pas mettre M. Bouvier au nombre des commissaires.

M. le Président propose de composer ainsi la commission chargée d'examiner la malade de M. Pravaz et de faire un rapport sur son mémoire : MM. Marjolin, Blandin, Gerdy, Breschet, Nacquart, Bouvier et Velpeau. (Adopté.)

Prophylaxie de la peste.

M. Aubert lit un mémoire sur les quarantaines et sur la nécessité d'une réforme dans les mesures sanitaires. (Nous avons donné l'analyse de ce travail p. 159.)

Commissaires : MM. Doüble, Kéraudren et Londe.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE BELGIQUE.

—

SÉANCE DU 25 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Communications du bureau. — Le président rend compte de la mission qu'il a accomplie, de concert avec d'autres membres du bureau et de la compagnie, auprès de M. le ministre de l'intérieur, en exécution de la décision prise dans la dernière séance.

Il fait connaître que M. le ministre a déclaré de nouveau, à cette occasion, qu'il contribuerait, autant qu'il sera en son pouvoir, à aider l'Académie dans l'accomplissement des devoirs qui lui sont imposés.

Le bureau n'a pas encore pu remplir près de Sa Majesté la mission dont il a été chargé.

Le président informe les membres dont le choix a été agréé par le Roi, le 26 septembre dernier, que le bureau n'a pu leur expédier les pièces dont il est question à l'art. 8 du règlement provisoire, le sceau de l'Académie n'étant pas encore confectionné.

Communications du gouvernement. — Le secrétaire donne lecture des dépêches que M. le ministre de l'intérieur a adressées à l'Académie, sous les dates des 30 septembre et 6, 11, 15 et 23 octobre courant.

M. le ministre demande à la compagnie,

1° D'examiner s'il serait utile que le gouvernement prît quelque mesure relativement à la police des inhumations, et, dans l'affirmative, de lui adresser un projet de règlement sur la matière;

2° D'émettre son avis sur l'établissement d'une halle à la viande, dans un bâtiment situé place du Grand-Sablon, à Bruxelles, en ce qui concerne la salubrité publique;

3° De l'éclairer sur les instructions rédigées, à la demande de M. le ministre des travaux publics, sur les moyens hygiéniques propres à garantir la santé des ouvriers mineurs et sur les premiers secours à leur administrer en cas d'accidents;

4° De lui faire connaître s'il existe, en Belgique, des abus qui doivent engagner le gouvernement à provoquer des mesures législatives en faveur des enfants employés dans les fabriques, usines et manufactures;

5° De soumettre au gouvernement des propositions pour la révision des lois, arrêtés et règlements sur l'exercice des différentes branches de l'art de guérir;

6° De donner son avis sur les dispositions de deux projets de loi, dont l'un est relatif à l'exercice de la médecine vétérinaire, et l'autre à l'organisation de l'Ecole vétérinaire de l'Etat.

Correspondance.—M. le ministre de l'intérieur transmet à l'Académie,

1° Une expédition des arrêtés royaux relatifs à la création de la compagnie,

2° L'extrait d'un rapport que M. Vanhamme a adressé au gouvernement, au retour d'un voyage qu'il a fait en Egypte et en Arabie. Cette note est relative au traitement de l'ophthalmie.

M. A. Barthel offre à la compagnie de lui céder son musée phrénologique, moyennant des engagements à convenir.

M. le docteur V. Uytterhoeven, président de la commission médicale locale de Bruxelles, informe l'Académie que cette commission a ouvert une souscription pour ériger un monument à l'anatomiste Vésale. Il demande à la compagnie de prendre ce projet sous son patronage et de concourir à la souscription.

M. Rigouts-Verbist, pharmacien de l'hôpital civil d'Anvers, adresse un mémoire manuscrit sur la *Pharmacotechnie.*

M. le docteur Lutens, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, communique une observation d'amputation coxo-fémorale qu'il a pratiquée il y a quelques mois.

M. le docteur Cunier fait part d'un moyen qu'il a imaginé et mis en usage pour obvier à la saillie plus ou moins marquée que forme presque toujours le globe de l'œil, par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans la profondeur de l'angle interne, après la section de l'dducteur oculaire, dans le strabisme convergent. (Voir *Bulletin méd. belge*, oct.)

M. le docteur Van Berchem, président de la société de médecine pratique de la province d'Anvers, érigée à Willebroek, fait hommage du règlement intérieur de cette société et du résumé de ses travaux pendant l'année 1840-1841. M. Van Berchem annonce que, dans sa dernière séance, cette société a décidé qu'elle informerait l'Académie de l'intérêt qu'elle porte à son institution.

Plusieurs médecins et un pharmacien demandent à être présentés comme candidats aux places vacantes dans le sein de la compagnie.

Il est fait hommage à la compagnie d'un grand nombre d'ouvrages.

Le président, au nom du bureau, propose de renvoyer les diverses pièces, sur lesquelles M. le ministre de l'intérieur demande l'avis de la compagnie, à l'examen de commisions spéciales, créées conformément à l'art. 18 du règlement provisoire,

la quatrième section, qu'elles concernent uniquement, ne pouvant être chargée seule de ce travail, à cause de l'urgence des décisions demandées.

Cette proposition donne lieu à une discussion, à laquelle prennent particulièrement part MM. Fallot, Delahaye, Graux, Vancoetsem et Delavacherie. L'Académie décide qu'elle statuera séparément sur chaque communication ministérielle.

En conséquence de cette résolution, la compagnie décide :

1° Que les quatrième et sixième sections seront saisies respectivement des affaires relatives à l'ouverture de la halle à la viande sur la place du Grand-Sablon, à Bruxelles, et à l'organisation de l'école vétérinaire de l'Etat, ainsi qu'à l'exercice de la médecine vétérinaire;

2° Que des commissions spéciales, à nommer par le bureau, seront appelées à examiner les affaires concernant les inhumations, l'hygiène des usines, manufactures et fabriques, et l'hygiène des mineurs;

3° Enfin que la révision de la législation médicale sera confiée à une commission de neuf membres, à nommer par elle, au scrutin secret et à la majorité relative.

En conséquence de ces diverses décisions, le président déclare que le bureau nomme commissaires :

1° Pour la question des inhumations: MM. Broeckx, Craninx, Gouzée et Martens;

2° Pour celle relative aux instructions à donner par le gouvernement sur les moyens hygiéniques propres à garantir la santé des ouvriers mineurs et sur les premiers secours à leur donner, en cas d'accidents : MM. de Lavacherie, François, Lebeau, Lombard et Pasquier;

3° Pour celle qui concerne les travaux des jeunes enfants employés dans les usines, fabriques et manufactures : MM. Burgraeve, Franquinet, Guislain, Raikem et Vancoetsem.

L'Académie procède ensuite au scrutin secret pour le choix des membres de la commission qui sera chargée de la révision de la législation médicale. Les nominations ont lieu dans l'ordre suivant : MM. Fallot, Vleminckx, Lombard, Delahaye, François, Sauveur, Vottem, Dehemptinne, Broeckx.

L'académie renvoie à l'examen de la troisième section la demande de M. Barthel.

Le président invite ensuite les sections et commissions spéciales à se constituer et à nommer les rapporteurs respectifs.

Le président propose à l'Académie de prendre sous son patronage le projet d'ériger un monument à Vésale et d'autoriser le bureau à entrer à ce sujet en relation avec le gouvernement. Cette proposition est adoptée.

Le président soumet ensuite à la compagnie, au nom du bureau :

1° D'admettre en principe qu'il ne sera fait aucune nomination de membre adjoint sans demande préalable de celui qui voudra obtenir ce titre;

2° De statuer que cette résolution sera rendue publique par la voie du *Moniteur*;

3° D'adopter que les demandes devront être adressées au secrétariat, avant le 29 novembre prochain, jour de la prochaine réunion de l'Académie;

4° D'autoriser le bureau à nommer une commission chargée de dresser la liste des savants à proposer à l'Académie pour la place de membres *correspondants étrangers*; les membres titulaires restant du reste libres de faire connaître à cette commission, par l'intermédiaire du bureau, les noms sur lesquels ils entendent appeler son attention;

5° D'autoriser également le bureau à entrer en relation avec les académies et sociétés nationales et étrangères, avec lesquelles il le jugera convenir.

Ces diverses propositions sont adoptées; toutefois l'Académie décide que l'avis à insérer dans le *Moniteur*, et, au besoin, dans d'autres journaux, pour les nominations des membres adjoints, contiendra la mention que les postulants peuvent indiquer les sections pour lesquelles ils se présentent.

MM. Fallot et Vottem déposent sur le bureau les propositions suivantes :

« Je propose qu'il soit nommé un membre dans chaque section, qui formeront, avec le président, une section centrale, qui examinera les titres des candidats aux places d'adjoints, et fera son rapport dans la séance qui précédera celle où l'on procédera à l'élection. » (M. Fallot.)

« Je propose que les membres adjoints ne soient nommés qu'après un rapport fait sur leurs titres scientifiques, par les sections auxquelles ils peuvent appartenir par leurs travaux spéciaux. » (M. Vottem.)

L'Académie, prenant ces propositions en considération, décide qu'elles seront discutées immédiatement.

MM. Fallot, Vottem, Vancoetsem, Verbeek, Delavacherie, Lombard, Lebeau, Seutin, Martens et Stas prennent successivement la parole. La discussion ayant été close, M. Fallot déclare retirer sa proposition. — Celle de M. Vottem est mise aux voix et adoptée.

M. Brogniez demande la parole pour communiquer à l'Academie un *spéculum uteri* de son invention; il en donne la description dans une note; cette note et l'instrument qu'elle concerne sont renvoyés à la 3° section, qui en fera un rapport.

La séance est levée à 4 heures.

E. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur la pelvimétrie et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne ; par le docteur VANHUEVEL, professeur d'accouchements à l'Université libre de Bruxelles. — 2me édition. Gand, 1841.

(Analyse par le docteur SCHOENFELD.)

Tous les accoucheurs savent que la mensuration rigoureuse du bassin est souvent le seul moyen de bien apprécier les obstacles qui peuvent s'opposer à la parturition ; aussi, depuis un grand nombre d'années, les gynécologues de tous les pays se sont appliqués à chercher des instruments propres à mesurer la cavité pelvienne; l'armamentarium obstétrique est presque aussi riche en pelvimètres qu'en forceps.

Mais tous ces procédés ne donnaient guère que des résultats erronés, parce que leurs inventeurs, ou bien ne mesuraient pas directement le diamètre sacro-pubien, le plus facile cependant à délimiter, ou bien échouaient devant la difficulté d'atteindre les deux extrémités de ce diamètre et de retirer, des parties de la femme, leurs instruments sans en déranger les rapports.

La pelvimétrie était, pour ainsi dire, tombée en défaveur, puisque l'on avait déclaré le doigt indicateur le pelvimètre *par excellence,* lorsque la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles publia le premier mémoire du docteur Vanhuevel sur la pelvimétrie (*Annales* 1840).

Dans ce travail, il avait proposé un pelvimètre qui, à la vérité, s'appliquait avec précision à tous les diamètres du bassin, mais dont la complication aurait pu être un obstacle à son adoption pratique. Dans ce deuxième mémoire, publié par la Société de médecine de Gand, il a changé de procédé et rendu son instrument des plus simples, des plus faciles, et différant entièrement de l'autre, dont il conserve néanmoins les avantages de justesse et d'application illimitée à toutes les parties intérieures du canal pelvien.

Avant de faire la description de ce nouveau procédé, l'auteur parle des difficultés que l'on rencontre pour estimer la capacité du bassin, ajoutant qu'aucun pelvimètre connu n'est exact ni approprié à chacune des dimensions capables d'être viciées : d'où il conclut qu'il a été impossible jusqu'ici d'en juger autrement que d'une manière approximative, méthode incertaine qui peut entraîner aux plus funestes conséquences; car les moyens de délivrance, chez les femmes contrefaites, doivent varier selon le degré de viciation, une différence *de trois lignes* suffisant, d'après les auteurs, pour réclamer un genre particulier de secours, tel que la provocation de l'accouchement prématuré, l'application du forceps, du céphalotribe, l'opération sigaultienne, césarienne, etc. A ce sujet, il demande comment l'accoucheur pourra constater une décroissance d'étendue aussi minime et reconnaître les vices des diamètres diagonaux et du transversal?....

Frappé de la lacune qui existe sous ce rapport dans l'art obstétrical, il a essayé de la remplir en imaginant des pelvimètres plus exacts et une méthode de mensuration moins restreinte que celles dont on s'est servi jusqu'à présent ; car les vices du bassin peuvent siéger sur tous les points de sa circonférence intérieure, sans être limités au diamètre sacro-pubien, ainsi que l'emploi trop circonscrit des mensurateurs en usage pourrait le faire supposer : de là, le besoin d'un pelvimètre qui s'applique avec précision à tous les diamètres de la cavité pelvienne.

Pour faire ressortir les principaux défauts de ceux qu'on a proposés avant lui, il les passe successivement en revue et les divise en *externes* et en *internes.*

Les externes (compas d'épaisseur de Baudelocque, de Kluge, de Davis, de Mme Boivin, mécomètre de Chaussier) péchent sous le rapport de la justesse, 1° parce qu'on n'est pas certain d'en placer les extrémités dans le plan du détroit supérieur, le tubercule épineux de la dernière vertèbre bombaire, qui doit en indiquer la direction, n'étant pas toujours lui-même dans ce plan, ni facile à découvrir, surtout chez les sujets chargés de graisse ; 2° parce que le rachitisme modifie le volume et la disposition des os du bassin ; que des tumeurs peuvent se développer à leur surface interne ; que les tissus d'enveloppe sont susceptibles de changement dans leur épaisseur et leur consistance : d'où il suit que les *trois pouces* qu'on déduit ordinairement (pour le pubis et la base du sacrum) du produit total obtenu par la mensuration externe, ne peuvent pas toujours être en rapport avec la quantité réelle qu'on devrait en soustraire. Cependant, malgré son incertitude, les praticiens continueront à y avoir recours, lorsque celle à l'intérieur ne pourra être employée.

Les pelvimètres internes sont subdivisés :

1° En ceux qui s'étendent du ligament sous-pubien à l'angle sacro-vertébral (doigt mensurateur, pelvimètre d'Asdrubali, de Stein aîné, d'Aitken, de Crève).

L'auteur prétend qu'ils sont tous inexacts, parce que la ligne qui se prolonge de la partie inférieure du pubis jusqu'au promontoire étant oblique relativement à la direction du diamètre sacro-pubien, il n'est pas possible de juger de l'un par l'autre au moyen d'une déduction invariable, par la raison que ce diamètre peut s'allonger ou se raccourcir, à la suite d'une espèce de torsion ou de mouvement de bascule en dehors ou en dedans qu'éprouve parfois le pubis pendant le rachitisme. Ajoutez-y la hauteur variable de cette symphyse, l'épaisseur de la vessie et du ligament inter-pubien qui peut s'ossifier et faire saillie en arrière, etc., et l'on aura une preuve de plus que ces deux longueurs ne conser-

vent point de proportion constante entr'elles ; enfin, quand la tumeur du cuir chevelu ou les fesses de l'enfant descendent plus bas que le plan figuré par la ligne promonto-sous-pubienne, il est impossible de porter ces pelvimètres sur les deux points voulus, et la mensuration par cette méthode devient aussi impraticable, que lorsqu'il s'agit d'apprécier une viciation occupant les diamètres obliques ou le transversal.

Ainsi donc le doigt, *nommé pelvimètre par excellence*, laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude ! Comme instrument de tact, il a été appelé à juste titre la boussole de l'accoucheur ; mais comme instrument métrique, il perd tous ses avantages, parce que ce procédé indirect pour la mensuration du détroit supérieur est par trop fécond en faux résultats. M. le docteur Vanhuevel cite, à cette occasion, des expériences qu'il a faites sur des bassins viciés, en mesurant avec le pied français l'étendue promonto-sous-pubienne, déduisant de la longueur obtenue 9 lignes, pour l'obliquité de la direction et l'épaisseur de la partie inférieure de la symphyse : il y a eu dans son calcul jusqu'à huit lignes d'erreur ! Qu'en fût-il résulté sur la femme vivante, où l'on se sert du doigt indicateur, dépressible à son sommet, mobile dans son articulation métacarpo-phalangienne, et où l'on rencontre la vessie qui rétrécit l'espace sacro-pubien, sans que sa présence soit appréciée par cette méthode?.....

2° En ceux qui distendent le vagin en sens contraire (méthode de Barovero, le pelvimètre de Stark, de Kurzwichs, de Koeppe, de Wigand, de Siméon, de Stein le jeune, d'Osiander, de Jumelin, de Coutouly.

Ces pelvimètres directs n'ont pas le défaut de ceux de la classe précédente ; mais ils ont l'inconvénient de ne pouvoir être appliqués avant l'entière dilatation du vagin, ni même après qu'elle s'est effectuée, quand la tête ou les fesses de l'enfant sont descendues au point d'empêcher le développement de leurs tiges.

3° Enfin, en ceux dont une branche, introduite dans le vagin, appuie sur l'angle du sacrum, l'autre sur la face antérieure du pubis (pelvimètre de Ritgen); ou bien, dont l'une branche pénètre dans le rectum, l'autre dans le conduit vaginal (intro-pelvimètre de Mme Boivin.)

Le premier des deux pelvimètres, en supposant que son sommet arrive toujours au promontoire, peut induire en erreur, parce que la paroi antérieure du bassin, qu'il ne mesure pas, offre quelquefois jusqu'à 9, 10 et 12 lignes d'épaisseur, y compris la vessie et le tissu cellulaire du mont de Vénus, bien qu'on ne l'estime d'ordinaire qu'à un demi-pouce. Le second est inexact, parce qu'on n'est pas certain que la branche rectale reste en contact avec l'angle sacré, ou répond justement à ce point, ni que le sommet de la vaginale arrive jusqu'au bord supérieur du pubis, la position de cette dernière branche étant fixée par la rectale, dont la direction est déterminée à son tour par la tête du fœtus, par la base du sacrum et par l'ouverture anale.

A l'appui de ces objections, l'auteur du mémoire donne quelques observations de mensuration pelvienne pratiquée sur des cadavres avec les compas de Baudelocque, le doigt explorateur, le pelvimètre de Coutouly et celui de Mme Boivin, les seuls usités dans la pratique.

Il s'est trompé dans le premier cas :

De 7 lignes par le compas d'épaisseur,
De 8 lignes par le doigt,
De 6 lignes par l'intro-pelvimètre,
Et de 1 ligne par celui de Coutouly.

Dans le deuxième cas :

De 9 lignes d'après Baudelocque,
De 6 lignes par le doigt,
De 12 lignes selon Mme Boivin,
Et de 0 par le pelvimètre de Coutouly.

Il est à remarquer que le pelvimètre de Coutouly n'a fourni des résultats aussi exacts que parce qu'il était appliqué sur des cadavres de femmes mortes peu après l'accouchement, lorsque le vagin n'opposait aucune résistance à la distension.

Dans deux autres cas, la mensuration a été faite sur des cadavres de femmes mortes de consomption pulmonaire, l'une dans l'état de virginité, à l'âge de 18 ou de 20 ans, l'autre ayant eu des enfants, paraissant âgée de 40 à 45 ans. Il y a eu erreur chez la jeune fille :

De 2 lignes selon Baudelocque,
De 7 lignes par le doigt,
De 8 lignes par l'intro-pelvimètre,
Et de 4 lignes par celui de Coutouly.

Et chez la femme plus âgée :

De 5 lignes d'après Baudelocque,
Et de 9 lignes selon Mme Boivin.

La rigidité des parties génitales internes présentant une résistance insurmontable à la progression du doigt et au développement du pelvimètre de Coutouly, ces moyens n'ont pu être employés pour ce motif.

Le ligament inter-pubien ossifié formait en arrière une saillie de 3 lignes au moins d'épaisseur : c'est ce qui a augmenté l'erreur du compas de Baudelocque, lequel n'a eu autant de justesse dans le cas précédent qu'à cause de l'extrême émaciation et de la régularité du bassin.

Avant de quitter ce sujet, l'auteur ajoute que chaque fois il a eu beaucoup de peine pour introduire la branche rectale de l'intro-pelvimètre, les replis de l'intestin en arrêtant la progression. Il ajoute qu'il lui a été impossible de la tenir immobile sur le promontoire, pendant l'application de l'autre branche, parce qu'elle se dérange au moindre mouvement. Sur le dernier cadavre, l'introduction et l'articulation des deux branches étant opérées, un aide maintint l'extrémité de la rectale en contact avec la saillie des vertèbres, à travers l'incision des parois abdominales ; alors il essaya d'élever le manche de l'instrument jusqu'à ce que le bec de la vaginale atteignît le bord supérieur du pubis ; mais la tige inférieure s'est pliée à la mortaise qui donne passage à l'arc gradué de l'autre branche, tant le pé-

rinée offre de résistance quand on veut le soulever outre mesure ou forcer son extensibilité naturelle.

Ainsi, les faits confirment ce que le Dr Vanhuevel a voulu prouver par le raisonnement, qu'aucun pelvimètre connu n'est exempt d'erreur; tous manquent de précision et ne donnent pas de garanties suffisantes pour éclairer le diagnostic, ou pour déterminer le praticien à agir d'après leurs indications, dans les cas difficiles de difformité pelvienne.

Puisque tant d'auteurs recommandables, dit-il, ont en vain cherché un mensurateur exact de bassin, on est naturellement porté à croire la solution de ce problème impossible. Aussi n'est ce qu'en hésitant et avec défiance qu'il a entrepris de continuer leurs travaux. Pour le décider, il a fallu des preuves réitérées de l'insuffisance des procédés en usage et la persuation que ce n'est qu'en mesurant rigoureusement toute la cavité pelvienne, que l'on pourra porter aux femmes contrefaites des secours éclairés et salutaires à leur délivrance. Enfin, encouragé par l'approbation de plusieurs de ses collègues, témoins des expériences qu'il a faites sur le squelette, sur le cadavre et sur la femme vivante au moyen de son pelvimètre géométrique, le Dr Vanhuevel croit être parvenu au but de ses constants efforts, en ayant simplifié son procédé primitif, de manière à pouvoir répondre maintenant sans difficulté à toutes les exigences de la pratique. Du reste, il laisse le public médical juge si son espoir est fondé, donnant, de la manière suivante, la description de ses nouveaux instruments et de leur mode d'emploi.

Son pelvimètre est composé :

1° De deux tiges (fig. 1re), dont l'une interne ou vaginale AA est destinée à pénétrer dans le vagin, l'autre externe BB s'applique sur la face antérieure du pubis. Ces tiges, rondes dans la plus grande partie de leur étendue, sont articulées ensemble au moyen d'une espèce de noix ou de boîte qui les assujettit ou leur permet toutes sortes de mouvements.

2° D'une règle graduée qui sert de rapporteur (fig. 2).

Avec ces pièces, on mesure d'abord exactement le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. A cette fin, on commence par coucher la femme sur le dos, en travers d'un lit ordinaire, les jambes ainsi que les cuisses fléchies et écartées. L'opérateur, placé devant elle, tient de la main droite le pelvimètre desserré, la courbure de la tige vaginale en bas, du côté de la vulve; il insinue ensuite un ou deux doigts de la main gauche dans le vagin, jusque sur la saillie du sacrum, et fait glisser, le long des doigts introduits, le sommet de cette tige qu'il presse contre le promontoire, pendant qu'il la tient serrée au dehors entre l'index et le pouce gauches; de la main droite, il porte le bouton de l'ajoute E (fig. 1) de la branche externe sur le mont de Vénus, au niveau du bord supérieur du pubis. Un aide serre la vis de la noix F, et tout mouvement est arrêté.

L'instrument, retiré des parties de la femme, est approché de la règle graduée, pour juger de la distance précise des deux sommets. Après cela, on desserre la noix, afin de rendre aux tiges leur mobilité.

L'opérateur insinue de nouveau l'index gauche dans la vulve, derrière la symphyse pubienne; la tige vaginale y est portée à son tour, concavité en avant, et retenue par ce doigt au niveau du bord supérieur du pubis; le bouton de l'ajoute E est replacé sur le mont de Vénus, au même point et avec la même pression que la première fois (il serait facile de retrouver sa situation, en noircissant d'encre au début le cuir qui enveloppe le bouton); enfin l'aide resserre la noix, et l'opération est terminée.

Pour retirer l'instrument sans en déranger les rapports, on détourne la vis DD de la branche externe, ayant soin de la remettre après dans sa position primitive; on mesure ensuite la distance comprise entre les deux sommets, qu'on déduit du premier chiffre, et le restant donne exactement l'étendue du diamètre sacro-pubien.

On pourrait par le même procédé apprécier d'une manière assez juste les diamètres diagonaux. Après que la tige vaginale aurait été appuyée contre la symphyse sacro-iliaque droite, par exemple, ou bien sur l'angle du sacrum, si l'on ne cherchait à connaître que l'espace sacro-cotyloïdien (3 1/4 à 3 1/2 pouces), on placerait le bouton de la tige externe sur le rebord de l'éminence ilio-pectinée gauche, en-dehors de l'artère crurale (il est inutile de déprimer les chairs de l'aine, pourvu que l'on soit dans le plan du détroit supérieur); lors de la seconde opération, c'est au même point externe et derrière la paroi cotyloïdienne correspondante qu'il faudra porter les extrémités de l'instrument, pour déduire ensuite cette quantité de la première. Si la saillie des muscles adducteurs de la cuisse gênait l'application de la branche externe, on ferait allonger ce membre et fléchir celui de l'autre côté, en tenant la tige interne dans la partie supérieure de l'arcade pubienne.

Si l'on voulait mesurer plus exactement des diamètres diagonaux, on devrait ajouter aux pièces précédentes,

1° Une ceinture avec ressort en acier, se bouclant en arrière sur le sacrum (fig. 3 MM), portant en avant une plaque verticale F, qui s'applique sur le pubis. De cette plaque desendent un sous-cuisse, passant obliquement entre les fesses sur une tubérosité sciatique, et un tenon G, qui se termine par une boîte quadrilatère à deux valves, ouverte par devant et par derrière. Une vis H en rapproche ou en écarte les deux moitiés (voyez fig. 4). C'est dans cette boîte que s'engage l'extrémité de la tige BB.

2° Un rapporteur, formé d'une tige verticale LL (fig. 6 et 7), arrondie d'un côté, plane de l'autre, boutonnée en haut, crochue en bas. Cette tige passe dans la rainure d'une plaque I (fig. 7), qui la presse contre la joue postérieure d'un collier à charnière, quand la vis FF l'attire dans ce sens. Ce collier embrasse un cylindre, creusé carrément à l'intérieur et garni d'un petit ressort circulaire E, pour recevoir et retenir la tige externe BB.

A l'aide de cet appareil, on peut prendre toutes les dimensions internes du bassin. Pour cela, on

commence par mettre la femme dans une position convenable, c'est-à-dire, debout, les jambes écartées, le corps incliné en avant, appuyant les mains sur une chaise, afin de rendre saillante en arrière la région du périnée. De cette manière le sommet du cône pelvien se dégage d'entre les cuisses, et toutes ses parois intérieures deviennent accessibles au toucher. Les doigts, introduits par derrière dans le vagin, pénètrent à une plus grande profondeur, et la matrice, entraînée dans le sens de son inclinaison naturelle par cette position de la femme, porte le fœtus en avant en dégageant le détroit supérieur.

La ceinture étant serrée autour du bassin, la ligne centrale de la plaque verticale F répondant à la commissure vulvaire, l'opérateur, assis ou agenouillé derrière la femme, tient de la main droite le pelvimètre desserré (l'ajoute E en étant séparée) et insinue dans le vagin un ou deux doigts de la main gauche, qu'il place derrière le pubis, par exemple; s'il voulait mesurer ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal; il fait glisser ensuite, le long des doigts introduits, l'extrémité de la tige vaginale (fig. 3 AA); quand elle est arrivée à la hauteur voulue, il la maintient immobile en la pressant contre la symphyse, pendant que de la main droite il engage le bout quadrilatère de la tige externe BB dans la boîte du tenon; le bruit du ressort N indique qu'elle a pénétré à fond; alors il tourne l'écrou DD de la vis articulaire, et la tige vaginale se trouve invariablement fixée dans sa position.

Le premier temps de l'opération est terminé. Pour retirer l'instrument sans en déranger les rapports, on détourne la vis H (fig. 4) du tenon; les valves de la boîte s'écartent et laissent échapper la tige BB, qu'on porte immédiatement dans l'ouverture du rapporteur (fig. 6); lorsque ces deux pièces sont liées l'une à l'autre par le jeu du ressort E, on applique l'extrémité boutonnée de la tige verticale contre le sommet de la vaginale, et l'on affermit sa situation par un tour de vis; enfin, on détache le pelvimètre du rapporteur, en poussant de l'index gauche sur le collier et en soulevant le ressort avec l'indicateur droit.

Avant de commencer le second temps de l'opération, on rend aux deux tiges leur mobilité, en desserrant l'écrou DD de la noix, et l'on ferme la boîte du tenon. Alors on porte de nouveau les doigts dans la vulve, jusque sur la saillie du sacrum; le sommet de la tige vaginale y est conduit à son tour et tenu immobile par la pression de l'index et du médius gauches, tandis que la tige externe est replacée dans son tenon. Cela fait, on tourne l'écrou de la noix, et tout mouvement est arrêté. Les mêmes précautions que la première fois sont prises pour dégager le pelvimètre des parties génitales. On l'assemble de nouveau avec le rapporteur, *qui a conservé la position du sommet de la tige vaginale lors de la* 1re *application, c'est-à-dire, du bord supérieur du pubis;* et comme ce sommet dans la 2e indique la place du promontoire (fig. 3 et 6, CC), il est évident que ces deux points marqueront les extrémités du diamètre sacro-pubien, et qu'il suffira d'en approcher la règle graduée pour connaître leur distance précise.

Il est essentiel que le contact de la tige vaginale, d'abord avec les parois du bassin, puis avec l'extrémité du rapporteur, soit bien observé, crainte de faux résultats dans l'opération.

Pour mesurer les diamètres diagonaux et le transversal, le procédé est le même, sauf qu'on portera l'extrémité de la tige vaginale successivement derrière la cavité cotyloïde et devant la symphyse sacro-iliaque opposée, ou bien sur l'un et l'autre côté de l'ouverture pelvienne, en commençant à gauche. On aura soin, dans ce dernier cas, en appliquant le rapporteur, de mettre en haut le bout crochu qui s'adapte mieux à la direction oblique qu'affecte parfois le sommet de la tige vaginale; si l'on éprouvait quelque difficulté pour les séparer ensuite, on détournerait la vis de la noix, afin de ne pas déranger la disposition du rapporteur.

Les diamètres de l'excavation, moins élevée que le détroit abdominal, s'obtiendront avec plus de facilité encore et absolument de la même manière.

Quant au détroit inférieur, on pourra se passer de ceinture pour en prendre les dimensions, en formant de la tige externe et de l'extrémité de la vaginale une espèce de compas, dont on maintient les jambes à égale longueur, en serrant modérément la noix; porté sur les tubérosités sciatiques, ou sur le bord inférieur du pubis et sur la pointe du coccyx, puis sur le pied gradué, ce compas donnera exactement l'étendue des diamètres transversal et coccy-pubien.

Afin de réunir tous les pelvimètres en un seul, on prendra, pour avoir un compas d'épaisseur, une seconde ajoute, qui s'adapte par son talon creux sur l'extrémité courbe de la tige vaginale; aplatie, concave et terminée comme cette dernière en spatule (fig. 11), elle s'applique, par la concavité de son sommet, sur la face antérieure du pubis, la tige vaginale qui la supporte se dirigeant en arrière entre les cuisses, tandis que le bouton de l'autre ajoute, fixée sur la branche BB, est placé sur le tubercule épineux de la dernière vertèbre des lombes. La noix étant serrée par un aide, on dégage l'instrument comme nous l'avons indiqué plus haut, mesurant ensuite avec la règle graduée la distance comprise entre les deux sommets.

Tels sont les modes d'emploi de ce pelvimètre. Mais pour être bien faite, son application interne, comme toute opération délicate, demande un peu d'habitude et d'attention de la part de l'opérateur; elle fait supposer aussi qu'on pourra toucher les principaux points de la cavité pelvienne, en portant assez haut les doigts dans le vagin. Si cette condition essentielle manquait, mieux vaudrait alors n'avoir recours qu'à la mensuration externe, plus facile, plus prompte et dont les résultats ne seraient pas plus erronés que ceux d'une mensuration à l'intérieur, pratiquée au hasard.

Pour les praticiens qui recherchent avant tout la simplicité mécanique, l'auteur a fait construire un pelvimètre particulier de la première partie de l'instrument, montée sur un manche et augmentée d'une 3e tige, pour former compas d'épaisseur. Ces tiges sont carrées au lieu d'être rondes; les deux

plus longues, aplaties et courbées en avant, sont unies en arrière au moyen d'une articulation simple qui permet de les serrer et de les séparer facilement (fig. 8, 9 et 10). Un rapporteur, tournant d'un côté autour d'une petite vis, glissant de l'autre à travers un passant mobile, porte sur une face les divisions qui indiquent l'ouverture des deux sommets.

Lorsqu'on détache le rapporteur et qu'on renverse en arrière la branche supérieure, l'instrument se réduit aux deux tiges précédemment décrites, dont la plus courte est formée d'une seule pièce coudée, s'articulant avec la vaginale au moyen de la noix. Ce pelvimètre est d'un usage facile et s'applique parfaitement au diamètre antéro-postérieur.

Dans le même but, l'auteur en a fait faire un autre avec les deux tiges rondes de la fig. 1re, la règle graduée et la seconde ajoute, la première faisant corps avec la branche BB. On aura ainsi réunis, d'une manière bien simple, un compas d'épaisseur et un compas ordinaire pour l'extérieur, plus un intro-pelvimètre pour le diamètre sacro-pubien et les deux diagonaux du détroit supérieur.

Ces derniers instruments, une fois connus, seront employés de préférence à tous ceux qui ont été cités plus haut, à cause de leur simplicité et même de leur justesse, quand il ne s'agira que des diamètres principaux; mais il faudra nécessairement recourir à un système un peu plus compliqué, du moment qu'on voudra juger rigoureusement de toute la capacité pelvienne.

Et c'est ainsi qu'on se trouve forcé à chaque pas de reconnaître le besoin d'une mensuration précise et illimitée de l'intérieur du bassin, comme étant le seul moyen de bien apprécier tous les obstacles qui peuvent s'opposer à la parturition. Puisse donc mon travail, dit le Dr Vanhuevel en terminant, attirer l'attention des gens de l'art sur ce point de la science, et contribuer à faire sortir la pelvimétrie de l'état d'enfance où elle était restée jusqu'à ce jour!

Grâce aux constantes recherches de M. le professeur Vanhuevel, on ne verra plus ces divergences d'opinion lorsqu'il s'agira de juger de l'étendue du bassin de la femme, ni, par suite, ces différences d'avis sur les moyens à employer pour terminer l'accouchement anormal; car ses procédés, basés sur des principes infaillibles, sont d'une application sûre, facile et nullement douloureuse. Ce seront désormais les pelvimètres que l'on emploiera dans la pratique alors qu'il faudra prononcer sur la bonne ou sur la mauvaise conformation pelvienne.

Nous avons nous-même mesuré ce canal dans tous les sens avec les instruments de M. Vanhuevel, et nous nous faisons un devoir de déclarer que nos résultats ont été d'une exactitude mathématique. Il a fallu réunir à la fois les connaissances du géomètre, celles de l'anatomiste et du gynécologue pour leur donner le degré de perfection qu'ils possèdent. Les derniers surtout nous ont paru d'une supériorité bien marquée, parce qu'ils joignent la simplicité à la justesse, et qu'ils sont appropriés aux diamètres les plus fréquemment viciés : aussi l'humanité et la science en retireront-elles des avantages incontestables, et nous ne doutons pas que les Universités et les Maternités ne s'empressent d'en faire l'acquisition. Nous engageons en outre tous les praticiens, dans l'intérêt de leur art, de se les procurer, la modicité du prix les mettant à la portée de chacun.

En résumé, nous dirons que cette découverte, une des plus belles acquisitions que la gynécologie ait faite depuis longtemps, honore la médecine belge.

C'est donc avec raison que les Sociétés médicales de Bruxelles et de Gand ont accueilli avec faveur le travail de M. Vanhuevel, travail que nous recommandons tout particulièrement à l'attention de nos lecteurs.

Explication de la planche.

Les figures sont réduites à la moitié de leur dimension.

Fig. 1re. — Elle représente la première partie de l'instrument, appliqué au diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. M, N, O, ligne droite supposée être la direction de ce diamètre chez une femme couchée sur le dos. — AA, tige vaginale ou interne, dont le sommet appuie sur l'angle du sacrum au point M. — BB, tige externe avec son ajoute E qui supporte la vis DD, touchant à la face antérieure du pubis au point O. La tige pointillée CC indique la position de la vaginale derrière le pubis au point N, lors de sa 2e application. — F, noix articulaire qui unit les deux tiges.

Fig. 2. — Règle graduée en pouces et en lignes.

Fig. 3. — Elle représente l'instrument précédent, sans l'ajoute E, fixé à un bandage pour mesurer tous les diamètres internes du bassin. — MM, ceinture d'acier, garnie de cuir, avec sa plaque verticale F, son sous-cuisse D, son passant et ses boucles. — G, tenon formé de deux pièces que la vis H tient réunies. Ces pièces forment inférieurement une boîte quadrilatère, bevalve (fig. 4), munie d'un ressort N qui traverse de sa pointe la paroi de la boîte et pénètre dans l'épaisseur de la tige externe BB. — AA, tige vaginale dans sa 1re application. — CC, la même en pointillé dans la 2e.

Fig. 4. — C'est le tenon vu par derrière, pour montrer ses valves, sa vis, sa boîte quadrilatère, sa petite lame verticale et la pointe de son ressort.

Fig. 5. — AA, tige vaginale vue de face pour montrer son extrémité aplatie. — BB, tige externe avec son extrémité carrée. — C, vis ronde en haut et en bas, carrée au centre, de manière que la rondelle supérieure peut tourner autour, la moyenne et l'inférieure point. Ces rondelles reçoivent dans leur épaisseur les tiges vaginale et externe, qui, dépassant un peu leur surface plane, sont pressées par le disque intermédiaire quand l'écrou DD les rapproche l'une de l'autre.

Fig. 6. — Réunion du rapporteur avec le pelvimètre et la règle graduée. AA, CC, les deux positions (voyez fig. 3) de la tige vaginale. — BB, tige externe, engagée par son extrémité carrée dans le cylindre du rapporteur. Ce cylindre, creusé carrément à l'intérieur, arrondi à l'extérieur, ayant un rebord par devant et par derrière, est embrassé par un collier à charnière, dont les joues sont traversées par une vis (fig. 7), sur laquelle marche un écrou; elle passe en outre à travers une rondelle

I qui loge dans son épaisseur une tige verticale LL, ronde d'un côté, plane de l'autre, terminée en haut par un bouton, en bas par un crochet. Cette tige peut s'élever, s'abaisser, s'incliner en avant et en arrière, enfin tourner autour du cylindre avec le collier, de manière que son extrémité peut toujours être mise en contact avec le sommet de la tige vaginale. Un petit ressort E pénètre par sa pointe dans la tige horizontale, afin que ces deux pièces ne se détachent point l'une de l'autre.

Fig. 7. — C'est la reproduction du rapporteur, vu de profil. — FF, vis ronde à ses deux bouts, carrée au centre en traversant la joue postérieure du collier. — I, rondelle recevant la tige verticale LL et tournant autour de la vis. — O, ouverture carrée et pavillon du cylindre.

Fig. 8. — Compas d'épaisseur, composé de deux tiges carrées AA, CC, dont la supérieure présente *un passant* mobile pour l'alidade DD, et plus loin un trou taraudé pour la vis qui fixe cette règle le long de la branche, hors le temps d'usage; l'inférieure en présente un autre pour la maintenir quand on se sert du compas d'épaisseur. Sur cette dernière branche est une noix articulaire, formée de deux rondelles, d'une vis et d'un écrou, pour serrer les branches AA et BB l'une contre l'autre.

Pour employer le compas d'épaisseur, il faut dégager de sa rondelle la branche BB. L'alidade est placée comme le montre la figure.

Pour faire usage du pelvimètre interne, on ôte le rapporteur; on renverse en arrière la branche supérieure (fig. 9), qui se détache avec facilité, et enfin on replace la tige BB dans la noix.

La figure 10 représente l'articulation du compas d'épaisseur, vue de face.

Fig. 11. — Ajoute qui se place sur le sommet courbe de la tige vaginale, pour former le compas d'épaisseur.

G. MÉLANGES.

Nouvelle organisation du corps des officiers de santé militaires.

Des ordonnances récentes ont considérablement amélioré la position des officiers de santé de l'armée. Les sous-aides, qui n'avaient que 1,200 fr., en ont près de 1,600 en province et plus de 2,000 à Paris ; l'aide-major a 3,000 fr. à Paris et 2,000 fr. en province. La position des chirurgiens-majors et des grades plus élevés a subi une amélioration proportionnelle. De plus, on a institué deux classes d'aides-majors et deux classes de chirurgiens-majors; jusqu'ici les chirurgiens-majors avaient été payés comme capitaines de première classe, aujourd'hui, le traitement des chirurgiens-majors de première classe se rapproche beaucoup de celui des chefs de bataillon. Jusqu'à présent, les inspecteurs membres du conseil de santé, n'avaient été inspecteurs que nominalement , désormais ils inspecteront. Nous devons ajouter que l'uniforme des officiers de santé a été modifié de la manière la plus gracieuse par l'addition de deux pattes brodées en or, attachées sur les épaules, et dont la gauche sert à retenir la giberne, qui est aussi très-élégante. Mais la mesure la plus importante est celle qui est relative aux élèves. Le gouvernement vient en aide aux familles qui ne sont pas à même de suffire aux trois années d'études des jeunes gens qui se vouent à la chirurgie militaire; ils recevront une gratification de 400 fr. par an pour les hôpitaux d'instruction, et de 600 fr. pour l'hôpital de perfectionnement. La durée de l'éducation des chirurgiens militaires est fixée à trois ans : deux ans dans les hôpitaux de province et un an dans celui de perfectionnement ; mais cette durée peut être réduite de deux ans, selon le nombre d'examens que l'élève a passés devant une faculté ; de sorte qu'un élève peut entrer directement au Val-de-Grâce, et en sortir sous-aide au bout d'un an. Pour comble d'avantages, le gouvernement se charge des frais de doctorat, hormis les droits de présence des professeurs, ce qui réduit la dépense de plus des deux tiers. Seulement, si l'officier de santé qui a participé à cette faveur veut quitter la chirurgie militaire avant d'y avoir servi quinze ans, il est tenu de rembourser au ministère de la guerre la somme que ce dernier a versée au ministère de l'instruction publique pour son doctorat.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, août.)

---

40. *Inauguration de la statue de Broussais.*

C'est avec une émotion profonde que nous commençons cette relation d'une grande solennité.

Samedi, 21 août 1841, a eu lieu l'inauguration de la statue de Broussais, à l'Hôpital militaire de perfectionnement.

Il y a bientôt trois ans que Broussais est mort. Le 1er décembre 1838 comptera parmi les grandes dates historiques. Ce jour-là, la science fut frappée à la tête ; ce jour-là vit s'éteindre une des intelligences les plus lumineuses qui aient traversé et éclairé le monde ; ce jour-là, le dix-neuvième siècle fit une perte irréparable ; ce jour-là, la France pleura sur un de ses enfants les plus glorieux.

Personne n'a oublié quelles grandes funérailles furent décernées à ce mort immortel. Le char mortuaire fut transformé en char de triomphe. Trente disciples en deuil s'y attachèrent et traînèrent pieusement, pendant toute une journée, la dépouille du maître au travers de la grande capitale étonnée et un instant silencieuse. Dans cette fête funèbre, si remplie d'émotions, un moment surtout fut saisissant ; ce fut celui où le char mortuaire, arrivé sur la place Vendôme, s'arrêta sous les yeux de cet autre génie qui plane en haut de la colonne d'airain. Il y avait dans ce salut d'un grand mort à une grande ombre quelque chose de sublime et de sinistre. Quatre mille spectateurs assistaient, la tête découverte, à ces muets adieux.

On était parti de la maison mortuaire à dix heures du matin ; on n'arriva au dernier asile qu'à trois heures, et il fallut terminer aux flambeaux la lecture des discours.

Dès le lendemain de ces mémorables funérailles, une souscription, qui répondait à un vœu unanimement exprimé, fut ouverte dans le but d'ériger une statue à Broussais.

Le ministre de la guerre, appréciateur éclairé de Broussais, dont il fut toujours le soutien, encouragea cette souscription, et l'on vit figurer plusieurs de ses fonctionnaires les plus élevés parmi les membres de la commission, dès lors instituée pour diriger ultérieurement les travaux.

Interprète de la reconnaissance publique, et, en particulier, de la reconnaissance du corps militaire de santé, nous ne devons pas tarder davantage à inscrire le nom des membres de cette commission, ainsi composée :

MM. Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris, *président*.
Roche, membre de l'Académie de médecine, *secrétaire*.
Baillière (J.-B.), libraire de l'Académie de médecine, *trésorier*.
Boissy d'Anglas, intendant de la 1re division militaire.
Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.
Bra, statuaire.
De Lanenville, intendant militaire.
Droz, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.
Evrard de Saint-Jean, intendant militaire, directeur de l'administration de la guerre.

Frappart, docteur en médecine à Paris.
Gasc, membre du conseil de santé des armées.
Gourlier, architecte, secrétaire du conseil des bâtiments civils.
La Corbière, docteur en médecine à Paris.
Larrey (le baron), membre du conseil de santé des armées.
Lemercier (Népomucène), membre de l'Académie française.
Michel (le baron), médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou.
Ribes, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides.
Treille, docteur en médecine de Paris.

Honneur aux membres de cette commission ! Ils ont su se mettre et rester au niveau de leur tâche. Mandataires du pays, qui veut que ses enfants illustres soient honorés, ils ont rempli dignement leur mission, et ont bien mérité de la science.

Depuis plusieurs jours les médecins de Paris, les Académies, la Faculté, les officiers de santé et d'administration avaient été conviés.

Aujourd'hui donc, à une heure, la cérémonie devant avoir lieu à deux, nous entrâmes dans la cour de l'Enseignement, au Val-de-Grâce, et là nous fûmes frappé des bonnes dispositions qui avaient été prises. Le coup d'œil était agréable et imposant. Justice doit être rendue à tout le monde, et d'abord à l'illustre maréchal qui tient en ce moment le portefeuille de la guerre, et qui avait ordonné que les choses fussent faites grandement. Justice doit être rendue ensuite au directeur du Val-de-Grâce, M. Persial, qui a présidé, avec un goût exquis et un sens parfait, à l'arrangement du terrain.

Trois tentes étaient dressées ; l'une, la plus considérable, faisait face à la statue; elle était de plein pied : des fauteuils y étaient disposés pour MM. les membres de la commission et les députations des sociétés savantes. Cette première tente, qui était la principale, occupait l'un des grands côtés du carré long que forme la cour de l'Enseignement, qu'il faudra bien, désormais, appeler la cour Broussais.

Les deux autres tentes occupaient toute la longueur des petits côtés de la cour, et renfermaient des gradins disposés en amphithéâtre. L'un de ces amphithéâtres, celui du fond, était destiné aux dames; l'autre aux spectateurs civils.

Des tromphées de drapeaux aux couleurs nationales ornaient les angles des tentes. Un semblable trophée était, en outre, placé au centre de la grande tente, vis-à-vis la statue.

Celle-ci occupait le centre du second grand côté de la cour. A sa droite et à sa gauche étaient disposées en amphithéâtre des banquettes pour les officiers d'administration des divers hôpitaux de la division.

Au centre de la cour, au milieu de l'espace circonscrit par les tentes et les amphithéâtres, était une petite marquise ouverte de toutes parts et ornée d'un trophée, sous laquelle se trouvait une estrade de peu de hauteur, recouverte d'un riche tapis. Une table placée sur cette estrade indiquait que c'était là la place des orateurs.

La statue était recouverte de son voile. A l'aspect de ce bronze qui se dessinait sous les plis de l'étoffe, nous éprouvâmes, et chaque élève du Val-de-Grâce, si ce n'est chaque spectateur, dut éprouver un soudain saisissement. En une seconde nous nous reportâmes au temps de nos études médicales : les salles étaient là ; l'amphithéâtre était aussi sous nos yeux. Nous nous rappelions la patiente visite du grand médecin ; nous le voyions s'arrêter à chaque lit ; nous entendions sa voix toujours encourageante et douce aux malades ; car cet homme, terrible dans les luttes de l'intelligence, ce dialecticien formidable, avait des moments d'une douceur enfantine et charmante. Parfois, cependant, en face de quelque fait qui lui démontrait la vérité de ses doctrines et l'erreur obstinée de ses antagonistes, sa grande voix s'élevait, sa bouche prenait cette expression indicible où l'ironie, la colère, le dédain se mêlaient confusément, et les malades stupéfaits se dressaient sur leurs lits pour contempler cet homme qui leur paraissait étrange et surhumain. Nous nous rappelions la fin de ses visites, lorsque, assis dans une de ses salles, il nous demandait notre plume pour donner les signatures nécessaires. Tout se lie et tout se ressemble dans les grands caractères. Quand Broussais parlait, il avait nous ne savons quoi d'âpre, de vigoureux, de saccadé, de déchiré, si l'on peut s'exprimer ainsi, dans la voix. Sa démarche était énergique, presque violente, sans cesser d'être digne, et à quelques égards majestueuse; son maintien ressemblait à sa démarche ; et quand il écrivait, c'était comme quand il parlait. Toujours la même énergie. Cet homme était un, comme tous les hommes de sa trempe, qui sont rares. Le papier déchiré criait sous sa plume ; Broussais écrivait avec une main de fer.

Ce sont là sans doute de petits détails, mais l'éloignement et la mort les grandissent. Et voilà ce que nous nous reppelions en face de ce bronze qu'un voile dérobait à nos regards impatients. Nous nous rappelions aussi certaines marques d'une familiarité touchante, certains regards incroyablement doux et pénétrants quand un élève favori émettait devant lui une idée qui répondait à une des siennes. A ce dernier souvenir, nous ne pouvions retenir nos larmes.

Cependant la foule s'empressait dans l'enceinte. Une jeunesse recueillie et distinguée, un grand nombre de médecins, avaient envahi l'amphithéâtre destiné aux spectateurs civils. La tribune des dames se remplissait insensiblement, ainsi que les deux estrades réservées aux officiers de santé et d'administration. Bientôt il ne fut plus possible de trouver une place, et on songea un instant à monter aux salles voisines pour se mettre aux fenêtres ; mais les malades y avaient devancé le public, et c'était justice de les y laisser. Ils étaient nécessaires à la fête, et ne pouvaient manquer au tableau.

Le coup d'œil était varié. Les estrades des officiers de santé et d'administration étaient combles, dorées, chatoyantes : celle du fond était un charmant parterre, nous osons le dire, quoique le mot ait vieilli. On y distinguait, et tous les yeux y apercevaient de prime abord la jeune famille du grand réformateur, éclairée du double rayon du génie et de la beauté.

Deux heures sont sonnées. — Depuis un moment, divers détachements de troupes d'élite sont rangés

autour des tentes. Les soldats infirmiers, dont la tenue est une des plus belles de l'armée, occupent un des côtés de la cour. La musique est à sa place. On attend. La commission arrive aux sons des fanfares, et nous voyons entrer successivement M. Orfila, président, en robe rouge, suivi de MM. Evrard de Saint-Jean et Boissy-d'Anglas, puis la députation de l'Institut. Nous apercevons M. Passy, l'ancien ministre des finances, député, vice-président de l'Académie des sciences morales et politiques. Derrière lui vient M. Mignet, l'une des têtes les plus belles, les plus nobles, les plus intelligentes qui se puissent voir; ensuite, précédé du massier de la Faculté, qui porte la masse d'argent, la députation de la Faculté, composée de MM. les professeurs Blandin, Bouillaud, Breschet, Cloquet, Cruveilhier et Vidal (de Cassis); puis les députations de l'Académie de médecine et de la Société phrénologique de Paris, dont Broussais était membre et dont il avait été président.

Nous apercevons aussi, au premier rang, le noble et illustre baron Larrey, homme monument, qui semble porter écrite sur le front cette magnifique phrase de Napoléon mourant, qui fut comme le sacre de la vertu et du dévouement. Tous les membres de l'ancien Val-de-Grâce reconnaissent avec un sentiment de joie, parmi ces personnages, leur ancien et vénérable directeur, M. Bourdin, régisseur-général des hôpitaux et ambulances de la grande armée, compagnon de Broussais sur les champs de bataille de l'Empire, et son ami dans ce grand hôpital, où ils vivaient l'un près de l'autre. Le ministère de la guerre, représenté là par son fonctionnaire le plus éminent dans l'ordre administratif, après le ministre; M. Evrard de Saint Jean, dont le nom sera cher à jamais aux officiers de santé, y a un autre représentant, M. Marie, chef du bureau des hôpitaux. M. le maréchal ministre de la guerre a envoyé, pour le représenter lui-même, un officier supérieur de son état-major.

Là, dans un angle, parmi les membres de la commission, se trouve un jeune médecin, un professeur distingué... C'est M. Casimir Broussais, pâle et frissonnant. Tout à l'heure il cachera sa tête dans ses mains, et étouffera ses sanglots, en écoutant se dérouler la grande époque scientifique dont son père fut le héros.

La commission et les députations prennent place. Le moment approche. L'anxiété est peinte sur tous les visages. Les fanfares éclatent; le voile est tiré. Tous les spectateurs se sont levés par un mouvement soudain : on bat des mains. Voilà Broussais! Il est là, chez lui, dans son Val-de-Grâce, parmi les siens, entouré de ses amis, de ses disciples, de ses enfants. Il a sa robe de chambre, un pantalon à pied et des pantoufles; il est assis sur son fauteuil. C'est ainsi que vous l'avez vu chez lui, là, à côté, dans cet appartement qui est à vingt pas, et c'est ainsi, assurément, qu'on devait le faire, pour que les élèves retrouvassent bien leur maître, et pour que le maître se crût bien parmi ses élèves.

Nous allions entrer dans quelques détails sur l'exécution de ce bronze fidèle et superbe, mais ce serait trop de témérité et de maladresse, quand un orateur comme M. le professeur Bouillaud, dont tout à l'heure nous citerons les magnifiques paroles, s'est acquitté de cette tâche.

M. Orfila, président, ayant été obligé de s'abstenir, M. Roche, secrétaire, l'a remplacé.

M. Passy a été appelé le premier et a dignement ouvert la séance. Son discours, plein de goût, a été une énumération rapide des titres de Broussais à la reconnaissance et à l'admiration publiques. Après le discours de M. Mignet, dans le sein même de l'Académie des sciences morales et politiques, il restait peu de chose à dire de Broussais, comme philosophe. M. Passy l'a senti; d'ailleurs, il eût fallu de longs développements pour retracer convenablement la part de Broussais à nos récentes luttes philosophiques. M. Passy a suivi les errements de l'Institut dans les occurrences semblables; il a dit brièvement et noblement ce qu'il devait dire. Des applaudissements unanimes l'ont reconduit jusqu'à sa place.

M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, a pris la parole ensuite, au nom de cette compagnie. Il y aurait beaucoup à dire sur le discours de M. Pariset, qui paraît s'être exécuté non sans quelque résistance. M. Pariset est d'une orthodoxie timorée. Nous en avons jugé ainsi, du moins, d'après son discours. L'éloquent secrétaire perpétuel a pris soin de dire tout au commencement de son équivoque panégyrique, et de répéter plusieurs fois qu'il *remplissait un devoir*.

Cela ne suffisait pas. M. Pariset n'était pas encore rassuré. Voilà donc qu'abandonnant Broussais presque subitement, il se jette pour son propre compte dans une longue dissertation sur l'existence et la nécessité de l'âme. Et voyez! s'écrie-t-il, nul n'échappe à cette croyance suprême. Les plus dissidents, les plus incrédules ne diffèrent de l'opinion commune que par les mots : ils nient l'âme, et ils admettent un principe vital (1).

M. Pariset a rencontré une opposition qui a failli devenir tumultueuse, quand, à la face de Broussais, dont il travestissait la mort, il a osé dire qu'à l'heure suprême Broussais avait recouvré une croyance. Il est permis de déplorer l'erreur d'un grand homme; il n'est pas permis de le faire mentir à lui-même. Mais il y a plus! M. Pariset s'est enorgueilli de la profession de foi de Broussais. Ici la stupéfaction de l'auditoire a été portée à son comble! Si M. Pariset possède et a tenu secrète jusqu'à ce jour une autre profession de foi que celle qui a été publiée, qu'il la mette donc, sans plus de retard, sous les yeux du public et du monde. Mais si, comme nous n'avons que trop de raisons de le

---

(1) Ce qui pouve que, dans l'opinion de M. le secrétaire perpétuel, âme et principe vital sont une seule et même chose. Hélas! comment se peut-il qu'une bouche si orthodoxe ait prononcé un pareil blasphème, et que va dire la cour de Rome? M. Pariset professant le dogme impie de l'identité de l'âme et de la vie! qui l'aurait jamais pensé? Mais si âme et vie sont identiques, que devient la responsabilité humaine? La vie étant ce qui anime et non ce qui agit, les organes, seuls agissants, sont responsables, et l'âme, identifiée par vous à la vie, échappe ainsi à toute punition comme elle échappe à toute récompense!...

penser, il n'y a pas d'autre profession de foi de Broussais que celle qui est déjà connue, alors nous ne comprenons plus M. Pariset, et nous craignons qu'il n'ait appelé sur sa tête les redoutables foudres de l'Eglise, en donnant son approbation à un acte qui ne passera jamais pour un manifeste bien orthodoxe.

Après M. Pariset, M. Bouillaud a pris la parole au nom de la Faculté. Cette fois la satisfaction de l'auditoire a été sans mélange. Jamais le mordant et limpide organe de M. Bouillaud n'avait eu plus de puissance; jamais l'inspiration de l'ardent et savant professeur n'avait été plus vive, plus entraînante. M. Bouillaud était profondément ému; son visage austère portait l'empreinte d'un sentiment à la fois triste et triomphant. Le souvenir du maître, de l'ami perdu l'attristait; la gloire de l'apothéose l'exaltait. Mais écoutons M. Bouillaud; il vient de rapporter un passage dans lequel Broussais invoque l'impartialité de la postérité, et il s'écrie:

« Le jour de ce grand jugement est venu pour vous, ô Broussais! et j'ose croire que lorsque je proclame solennellement ici que vous fûtes un homme de génie, tous les auditeurs applaudiront à mes paroles, et que la postérité ne les démentira point. Mais qu'est-il besoin de paroles à cet égard? est-ce que les honneurs qui vous sont rendus en ce moment ne sont pas plus éloquents que tous les discours? Oui, Broussais, je le répète, vous avez mérité le titre d'homme de génie, et partant le plus beau de tous les titres. Oui, vous avez fait preuve de ce génie en signalant les erreurs dont la médecine était infestée à l'époque de votre glorieux avènement. Oui, vous avez posé l'édifice de la médecine sur sa véritable base, en l'élevant sur l'anatomie et la physiologie. Oui, vous avez répandu sur la médecine les rayons de la plus vive et de la plus éclatante lumière, en substituant définitivement à ce que vous avez si heureusement désigné sous le nom d'ontologie, la médecine physiologique, c'est-à-dire celle qui étudie les organes souffrants, et en continuant ainsi l'œuvre du grand Bichat, dont vous fûtes l'ami et le digne successeur. Oui, vous avez révélé une des plus importantes vérités de la médecine en démontrant que les fièvres essentielles n'étaient autre chose que des phlegmasies jusque-là méconnues, et en découvrant, ou du moins en déterminant infiniment mieux qu'on ne l'avait fait avant vous le rôle immense que jouaient certaines phlegmasies gastro-intestinales dans le développement de ces fièvres. Oui, vous avez rendu à la thérapeutique et à l'humanité le plus signalé service, en remplaçant par la méthode antiphlogistique la méthode excitante, incendiaire, pour emprunter votre énergique langage, généralement employée dans le traitement des formes les plus graves de ces fièvres, c'est-à-dire pour combattre ces monstres (je me sers encore de vos expressions) désignés sous les noms d'ataxie, d'adynamie, de malignité; doctrine déjà entrevue par Sydenham lorsqu'il disait, dans son langage énergique comme le vôtre, que l'invention de ce mot *malignité* avait été plus funeste à l'humanité que l'invention de la poudre à canon, attendu que dans les maladies dans lesquelles on la reconnaissait on avait recours aux remèdes les plus échauffants pour combattre je ne sais quel poison qui n'existait que dans l'imagination des médecins qui l'admettaient, tandis que cette malignité provenait surtout de la violence de l'inflammation. Oui, vous avez encore annoncé une haute vérité en disant que les maladies n'étaient point fatalement asservies à la marche et à la durée qu'on leur avait assignées, et que ces dernières étaient subordonnées à l'espèce et à la dose des moyens employés pour les combattre. Oui, enfin, vous avez été le fidèle interprète de l'observation bien faite, vous avez créé une théorie aussi juste qu'elle est ingénieuse et brillante, en faisant remonter à un travail d'inflammation chronique un grand nombre de lésions dites organiques, jusque-là considérées comme des maladies *sui generis*, et indépendantes de toute phlegmasie. »

Voici, puisque nous sommes, bien à regret, forcé de couper, comment M. Bouillaud a terminé:

« Lorsque la commission eut décidé qu'une statue serait le monument qu'on élèverait à la mémoire de Broussais, honneur que, le premier entre tous les médecins, il ait obtenu à une époque si voisine de sa mort et qu'il méritait, en effet, d'obtenir le premier, après cette décision, dis-je, la commission jeta naturellement les yeux sur le célèbre artiste qui déjà avait, avec tant d'inspiration, composé le magnifique buste de Broussais, buste que notre Faculté est heureuse de posséder dans la grande salle de nos assemblées. Il semblait impossible à la sculpture de reproduire, d'une manière plus admirable, plus saisissante, cette belle et noble tête, cette physionomie si imposante et si mâle, et cependant ce chef-d'œuvre a été surpassé. Mais il n'appartenait qu'à M. Bra de se surpasser ainsi lui-même. Oui, Messieurs, voilà bien dans toute la beauté, dans toute la grandeur de son expression, voilà bien dans toute sa force, dans toute sa vigueur, dans toute son énergie, dans toute sa sévérité, et, si j'ose le dire, dans toute son habitude courageuse, hardie, audacieuse et même un peu menaçante; voilà bien le grand réformateur de la médecine. C'est Broussais vivant, et la tête pleine de hautes méditations, de graves pensées, de déterminations révolutionnaires: il foule sous son pied d'Hercule les livres de cette ontologie dont il avait fait une justice si éclatante, et, tout d'airain qu'ils sont, les feuillets ont cédé à la pression d'un pied si puissant. Son regard est fier, impérieux, assuré; sa bouche est légèrement contractée, sa lèvre supérieure est comme agitée de ce mouvement si caractéristique pour tous ceux qui ont bien connu, bien étudié la figure de Broussais..... Ecoutons, car il semble que, comme celle de Memnon, cette statue va prononcer des oracles.

« Honneur, trois fois honneur, à l'éminent et généreux artiste, au Phidias qui nous a représenté ainsi le héros de cette solennité! La statue est digne du personnage, et rien n'est au-dessus de cet éloge. Il est beau, Messieurs, il est beau de s'immortaliser soi-même en immortalisant par de pareils chefs-d'œuvre les traits des hommes illustres que la patrie et le monde ont perdus. Il est pourtant un monument plus durable encore et plus éternel que cet airain fait homme, ce sont les OEuvres de Broussais : *Exegit monumentum perennius.* »

Pendant que, d'une voix vibrante et pour ainsi

dire baignée de larmes. M. le professeur Bouillaud, tourné vers la statue de Broussais, prononçait ces grandes paroles, la foule était visiblement sous le poids d'une émotion immense. Après ce discours, une longue salve d'applaudissements se fit entendre, et domina un instant le bruit des fanfares.

Ce fut ensuite le tour de M. Bégin, au nom des médecins et chirurgiens militaires. On pouvait craindre que l'attention ne fût épuisée par trois discours. Ce n'est peut-être pas sans inquiétude que l'orateur lui-même aborda la tribune; mais dès les premiers mots, toute crainte, toute inquiétude s'évanouirent. M. Begin s'était vivement emparé de son auditoire; il n'avait pas tourné deux feuillets qu'une salve d'applaudissements l'interrompit. M. Bégin, l'un des esprits les plus actifs, l'un des écrivains les plus entraînants et les plus féconds de la médecine contemporaine, s'est surpassé lui-même dans cette grande circonstance, et c'est beaucoup dire assurément. Il nous a montré, non-seulement le Broussais de la lutte et de la chaire, il nous a montré le Broussais du service, le Broussais du Val-de-Grâce, notre Broussais à nous, l'homme tout entier. Son discours a été un autre triomphe pour les médecins militaires dans cette journée toute de triomphe pour eux. Mais laissons la parole à M. Bégin lui-même. Voici comment il s'est exprimé dans la dernière partie de son somptueux panégyrique :

« ..... A son apparition, l'examen des doctrines médicales fut considéré comme un scandale immense; la presse d'alors sembla craindre un moment de s'en occuper; et ce livre, dont la première édition restera, malgré celles qui l'ont suivie, comme un modèle dans la littérature scientifique, serait mort peut-être en naissant, étouffé sous une coalition de silence qui s'était formée contre lui, si quelques jeunes gens, revenus comme Broussais de l'armée, ne s'en étaient emparés, et n'avaient révélé à l'Europe médicale la portée prodigieuse des idées-mères qu'il renfermait. Ces jeunes gens, premiers disciples du réformateur, et apôtres du nouveau culte qu'ils proclamaient, n'avaient ni sa puissance de pensée, ni la hauteur de ses conceptions, ni la fécondité de ses ressources dialectiques, ni les trésors de son expérience, mais leur enthousiasme s'était allumé au feu de ses leçons; ils étaient aussi entraînés par l'amour de la vérité; les obstacles ne les effrayaient pas, et ils crurent, dans leur présomption, pouvoir aider le géant à remuer le monde.

« Un grand nombre de maladies chroniques dont l'origine, la nature et les périodes successives étaient restées inconnues ou mal déterminées, furent ralliées au principe de l'irritation.

« L'irritation, rigoureusement définie et poursuivie dans ses divers modes, fut présentée comme la principale clef de l'édifice médical.

« Les symptômes des maladies ne servirent plus à la classification, mais à reconnaître les organes malades et à déterminer leur mode de souffrance, ce qui détruisit les nosologies fondées sur les phénomènes extérieurs jusque-là dominants.

« Le médecin dut prendre pour guide dans le choix de la médication, non plus la force ou la faiblesse apparente et générale des malades, mais l'état réel des organes affectés.

« Les principes occultes, les génies morbides, les propriétés étudiées indépendamment des organes, toute la fantasmagorie ontologique qui avait entraîné les anciens et tant de modernes, fut dévoilée, attaquée, détruite.

« Une classe entière de maladies, la plus importante de toutes par la fréquence et la gravité des affections qu'elle renferme, la classe des fièvres essentielles, avec les fléaux épidémiques et endémiques qui s'y rattachent, fut effacée du cadre nosologique, étudiée dans toutes ses parties, et ralliée, selon les cas, aux lésions inflammatoires des divers organes.

« Les phlegmasies de l'estomac et de l'intestin furent décrites pour la première fois, dans une foule de nuances, avec une telle exactitude, qu'elles semblaient n'avoir jamais été connues des médecins.

« Partout l'anatomie dut servir de base à la physiologie, et la physiologie dut expliquer les maladies par cela même qu'elle explique les fonctions.

« Partout l'étude des organes vivants mis en rapport avec les modificateurs, fut substituée à l'étude abstraite des propriétés et des symptômes, c'est-à-dire que la réalité et les faits furent substitués aux rêveries et aux illusions qui, après avoir régné sur la plupart des sciences, dominaient encore la médecine.

« Tel est le sommaire très-abrégé des principaux services rendus à la médecine par Broussais. Il est facile de s'assurer qu'il comprend les bases fondamentales et les parties secondaires les plus importantes de l'art de guérir.

« La réforme que ce grand homme a fait subir à la thérapeutique, et l'impulsion qu'il a donnée à cette branche du système médical, n'ont pas toujours été appréciées avec exactitude. Ce sujet, toutes les fois qu'il était traité devant lui, avait le privilége d'exciter son indignation la plus véhémente contre l'injustice de ses détracteurs. Et en effet, quelles sont les substances réellement efficaces que Broussais ait dédaignées ou proscrites? Il s'est élevé contre l'abus incendiaire des stimulants : est-ce à dire qu'il les ait bannis de la matière médicale, et ses adversaires n'ont-ils pas, dès le début de sa doctrine nouvelle, sanctionné facilement ses préceptes par leur pratique? Il a frappé d'anathème cette routine absurde qui consistait à faire prescrire des évacuants au début d'un grand nombre de maladies aiguës; il a montré combien, en agissant ainsi, on s'éloignait de l'expectation que l'on vantait. Mais s'ensuit-il de là qu'il ait brisé les flacons d'émétique, ou ruiné le commerce du séné? Lorsqu'une médication était indiquée, peu d'hommes savaient réunir et combiner avec plus de talent que Broussais les moyens les plus variés et les plus énergiques pour l'accomplir.

« Il ne croyait, il est vrai, qu'à la thérapeutique rationnelle ou sanctionnée par une longue et constante notoriété de succès. S'il était ennemi des formules composées sans méthode, n'obéissait-il pas en cela aux errements établis par Bichat, Pinel et Schwilgué, imitateurs eux-mêmes des plus illustres médecins cliniciens? S'il était défiant au sujet des panacées et des spécifiques que chaque jour voit éclore, l'expérience ne vient-elle pas démontrer incessamment combien il avait raison? Il ne prenait

pas l'estomac pour un vestibule inerte, d'où les diverses substances que le médecin y introduit se dirigent, par une élection spéciale, vers la destination qui leur est indiquée; il ne croyait pas aux vertus mystérieuses, aux forces médicatrices déposées dans les substances médicinales; mais il voulait qu'on observât les impressions réelles qu'elles produisent sur les organes, qu'on les mît en rapport avec les divers état morbides, que l'on constatât leurs effets locaux, leur influence secondaire, et, enfin, leurs résultats curatifs. Or, la science est là, et l'on ne saurait abandonner ces principes sans céder aussitôt la place à l'empirisme.

« Le temps, si rapide dans sa course, a passé déjà sur les premiers travaux de Broussais; les esprits les ont si parfaitement assimilés, qu'il semble, pour quelques-uns, que les erreurs et les fausses manières de philosopher, détruites par leur autorité, n'aient jamais existé. Sur d'autres points, des modifications notables ont été apportées à la doctrine nouvelle : les bonnes choses sont les seules que l'on améliore. Loin de porter atteinte à la renommée des auteurs des grandes découvertes, les perfectionnements ajoutés à leurs travaux ne font qu'ajouter aux titres qu'ils ont acquis à la reconnaissance de la postérité. La gloire d'Harvey a-t-elle pâli parce que la circulation est mieux connue dans ses détails qu'il ne l'avait indiqué? Newton a-t-il cessé d'être un des génies les plus admirables des temps modernes, parce que toutes les branches de la physique se sont considérablement agrandies? Cesse-t-on de rendre hommage à Lavoisier, à Berthollet, a Vauquelin, parce que la chimie a pris, dans ces derniers temps, une face nouvelle? Serait-il juste que notre vénération pour Broussais fût diminuée, parce qu'il y a eu déjà, parce qu'il y aura encore, parmi les successeurs qu'il s'est formés, des hommes de savoir et d'habileté, qui agrandiront et perfectionneront de plus en plus le monument qu'il a elevé à la science, objet de ses constantes méditations?

« Les diverses branches de nos connaissances n'étant, cultivées en dernière analyse, qu'afin d'augmenter le bien-être et le bonheur des hommes, la médecine, qui a pour objet spécial l'étude de la structure, des actions et des besoins de l'organisme, touche à la plupart d'entre elles, et doit contribuer à les éclairer. Deux grandes écoles philosophiques se sont partagé le monde depuis l'origine des sciences jusqu'à nos jours. L'une de ces écoles, empreinte de poésie, s'adressant aux imaginations vives et mobiles, plaisant aux âmes tendres, aux esprits exaltés, a spiritualisé la nature, personnifié ses abstractions, inventé des causes finales, a assigné à toute chose un but providentiel. Cette philosophie prend l'univers avant sa formation, l'anime dans toutes ses parties pendant son existence, suit l'homme après l'accomplissement des siècles, et subordonne sa volonté, ses penchants et ses actions, à la volonté dont il est une émanation. L'école opposée, plus austère dans ses déductions, n'étudie dans la nature que l'ensemble des corps qui la constituent; pour elle, les diverses parties de la matière, douées de propriétés différentes, agissent les unes sur les autres, par masses et par molécules, et forment ainsi un immense ensemble dont il s'agit de rechercher les phénomènes, d'enregistrer les révolutions, et de formuler les lois physiques. Cette école se refuse, sous le point de vue scientifique, à pénétrer au-delà de ce qui est perceptible aux sens, constatable par l'observation ou l'expérience, susceptible de démonstration par le calcul et l'induction.

« Chacune de ces écoles a rendu à l'humanité d'incontestables services; les calomnies que l'esprit de secte a dirigées alternativement contre leurs chefs les plus illustres, doivent tomber devant la raison. Un jour viendra peut-être où elles se rapprocheront et se prêteront un appui mutuel, parce que les deux ordres de considérations dont elles s'occupent avec prédilection se succèdent, peuvent se confirmer et ne s'excluent pas nécessairement.

« Quoi qu'il en soit, Broussais appartenait à l'école naturiste, qui étudie les facultés de l'homme en les rattachant aux conditions organiques de leurs manifestations. Marchant sur les traces de Cabanis, plus encore que sur celles de Gall, il insista pour faire rentrer dans la théorie de nos penchants, de nos instincts et de nos actes intellectuels, cet élément que la médecine seule possède, savoir, la considération de l'influence des viscères et de l'exercice normal ou dérangé des fonctions sur l'encéphale.

« Tel fut Broussais, médecin dans toute l'admirable acception de ce mot; esprit hardi, original, profond, penseur intrépide, animé d'une manière si heureuse, Broussais ne comptera désormais que des admirateurs de son génie. Nous serons heureux de conserver son image, de perpétuer dans cette école l'esprit progressif de sa doctrine, et de continuer ses efforts pour l'instruction des élèves, pour l'avancement de toutes les parties de la médecine, pour le bonheur de l'humanité. »

Pendant la lecture de son discours, M. Bégin n'a cessé de recueillir les témoignages de l'approbation universelle, et les applaudissements se sont prolongés longtemps après qu'il eût terminé.

C'est M. Fossati, président actuel de la Société phrénologique, qui a clos la séance, en faisant brièvement la part de Broussais comme phrénologiste. « Broussais, a-t-il dit, n'était pas phrénologiste en 1829, lorsque Gall mourut, et ce n'est pas un de ses moindres titres de gloire, comme ce n'est pas un des moindres traits de son génie, que d'avoir, homme mûr, abordé les difficultés d'une science nouvelle, et de l'avoir étudiée avec tant de persévérance, que bientôt il en aggrandit lui-même le domaine. »

Se tournant ensuite, par un beau mouvement oratoire, vers la jeunesse des écoles : « Jeunes hommes, s'est-il écrié, ce n'est pas pour Broussais, c'est pour vous que cette statue a été érigée. Elle est moins un hommage pour lui qu'un exemple pour vous. » Ces belles paroles, on le pense bien, ont été vivement applaudies.

Après cette allocution, la séance a été levée, et tous les spectateurs, membres de l'Institut, membres de l'Académie, officiers des divers corps, professeurs, soldats, femmes élégantes, tous, d'un commun élan, se sont approchés de la statue, terminant par un hommage unanime cette magnifique ovation. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 102.)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE CAHIER.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES.

1. Leçon de clôture du cours de chimie organique, professé à la Faculté de médecine ; par M. *Dumas*. 1

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

2. Observations relatives au mémoire du docteur Dupasquier, sur le proto iodure de fer. — Nouvelles formules pour l'emploi de ce médicament; par M. *Félix Boudet*. 11
3. Sur le cyphi des anciens; par M. *Cap*. 14
4. De l'absinthe maritime et de ses propriétés vermifuges; *Stan. Martin*. *ib.*
5. Sur un tarif des médicaments simples et composés, adopté et publié par les pharmaciens du département du Haut-Rhin. *ib.*
6. Du carbonate de soude comme antidote de sels de cuivre. 15

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

7. Cours de pathologie et de thérapeutique générales fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Andral; compte-rendu par M. *Monneret*. 16
8. Essai de thérapeutique morale; par M. *Reveillé-Parise*. 22
9. Recherches sur le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire; par M. *Paris*. 28
10. Sur le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire. Avantages de l'emploi du chlorure de sodium dans cette maladie; par M. *Amédée Latour*. 30
11. Du traitement de certaines pleuropneumonies. 31
12. De quelques applications thérapeutiques du sulfate de quinine. 34
13. Observations sur les effets d'un liniment spiritueux dans le traitement de la chorée, ou danse de Saint-Guy; par feu *J.-A. Chrestien* et *A. Legrand*. 38
14. Hypertrophie du cœur. — Epaississement et déformation des valvules. — Rétrécissement des orifices. — Quelques réflexions; par M. *Bouillaud*. 43
15. Observations d'hystérie, d'affections cérébrales graves, d'hémoptysie et de névralgies régulièrement périodiques, lues à la Société de médecine de Paris; par *J. Mazarde*. 47
16. Observations d'hystérie cataleptique; par *F. Dassit*. 53

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

17. Du mécanisme de l'accouchement naturel; par M. *P. Dubois*. 55
18. Soins que réclame la femme pendant le travail de l'accouchement; par M. *P. Dubois*. 57

19. Observations de bassin simplement étroit sans courbure ni déformation des os; par M. *Nichet.* 60
20. Enorme abcès de l'ovaire ayant fusé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. — Mort imminente. — Guérison par l'ouverture avec l'instrument à travers la paroi du vagin; par M. *Bourgeois.* 62
21. Sur l'inflammation des follicules muqueux de la vulve et sur son traitement; par M. *Alph. Robert.* 63
22. Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, et de leur ouverture pratiquée par le vagin; par *Hippolyte Bourdon.* 66
23. De la métrorrhagie passive chez les jeunes filles, et de son traitement. 73
24. Lettre chirurgicale sur la cure radicale du spina-bifida, par l'ablation de la tumeur, tout en évitant l'accès de l'air dans le canal rachidien; par M. *Tavignot.* 77

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

25. Des fongus de la vessie. — Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des sciences; par le docteur *Civiale.* 79
26. Du cancer de la vessie. — Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des Sciences; par le même. 87
27. Considérations sur les abcès dans l'épaisseur des parois vésicales et sur leur traitement; par le même. 91
28. De quelques dangers du traitement ordinaire des fractures du col du fémur; par M. *Malgaigne.* 95
29. Conférence chirurgicale sur le bégaiement; par M. *Amussat.* 99
30. Fèves de marais introduites dans le canal de l'urètre; rétention d'urine; inflammation gangréneuse de la verge et du scrotum; mort du malade; par M. *Gaspard.* 103
31. Lettre sur le débridement sous-cutané des hernies étranglées; par un chirurgien d'hôpital. *ib.*
32. Hydrocèle congénitale; guérison radicale par la méthode de l'incision; par *P. J. Cabarez.* 108
33. Myopie et disposition à la fatigue des yeux; par M. *Bonnet.* 109

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

34. Société phrénologique de Paris. 112

VIII. MALADIES SYPHILITIQUES.

35. Hydrothérapie dans le traitement des maladies vénériennes; par M. *Ricord.* 115

IX. MÉDECINE LÉGALE.

X. MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

XI. GÉNÉRALITÉS.

36. De la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques; par le docteur *Blaud.* 116

B. CLINIQUE DES HOPITAUX, DES MATERNITÉS ET DES MAISONS D'ALIÉNÉS.

37. Collection de faits cliniques sur diverses maladies de la tête. (Cancers orbitaires, cataractes, fistule lacrymale, ulcères rongeants, polypes des fosses nasales, mutilations de la face et restauration des lèvres,

kyste de la joue, ankylose temporo-maxillaire, cancer des lèvres, guérisons de surdité, commotion cérébrale); par le docteur *Payan*. 131
38. Clinique de l'Hôpital des enfants; par M. *Guersant*, fils. 150

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris. 154
Académie royale de médecine de Paris. 164
Académie royale de médecine de Belgique. 184

E. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur la pelvimétrie et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne; par le docteur *Vanhuevel*. 186

MÉLANGES.

Nouvelle organisation du corps des officiers de santé militaires. 192
Inauguration de la statue de Broussais. *ib.*

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

4e Série. NOVEMBRE. — 1841. Vol. VIII. N° 2.

A. Reproduction et Revue des Journaux belges et étrangers.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES.

39. *Sur la composition et les produits de la distillation de l'acide stéarique ;* par Jos. Redtenbacher.

Depuis les recherches de M. Chevreul, aucune analyse nouvelle n'avait été publiée sur l'acide stéarique; aussi toutes les recherches postérieures faites sur les corps gras se sont-elles fondées sur ces premiers résultats.

Depuis la publication de ce grand travail, les procédés d'analyse ayant fait des progrès considérables, M. Redtenbacher s'est livré à l'examen analytique de cet acide et des produits qui en dérivent, en employant les nouvelles méthodes qui sont mises en usage aujourd'hui.

Le premier point qu'il s'agissait d'examiner, dit M. Redtenbacher, c'était la composition de l'acide stéarique qui, quoique le mieux étudié, laissait des incertitudes sur les produits de sa distillation, et devait en tout cas former le point de départ de toutes les recherches.

Pour étudier les produits de cette distillation, je me suis servi, dit-il, d'un acide provenant de la fabrique de M. Merck, de Darmstadt. Il avait été extrait de la graisse de bœuf; il possédait une parfaite blancheur, était cristallisé, fusible à 56° et exempt de cire; je lui fit subir sept à huit cristallisations dans l'alcool, jusqu'à ce qu'enfin l'acide, précipité par l'évaporation de la dissolution alcoolique melangé d'eau, dissous dans la potasse et reprécipité par l'acide chlorhydrique, présentât un point de fusion fixe à 70°.

Je commençai par soumettre à l'analyse le produit ainsi obtenu, enfin de m'assurer s'il était parfaitement identique avec celui de M. Chevreul. Les nombres que j'obtins pour le carbone furent constamment au-dessous de ceux de M. Chévreul, les nombres obtenus pour l'hydrogène leur furent un peu supérieurs.

La formule que je fus conduit à déduire de sept analyses faites au moyen de l'oxyde de cuivre et en employant toutes les précautions convenables, est la suivante :

$$C^{68} H^{132} O^{5} + 2H^{2} O.$$

Afin de contrôler ces résultats, j'entrepris l'analyse du stéarate d'argent. Ce sel fut obtenu en précipitant une solution alcoolique de stéarate de soude par une dissolution d'argent; il se présentait sous la forme d'un précipité blanc fort volumineux, léger et surnageant le liquide.

La moyenne déduite de plusieurs combustions de ce sel a donné pour 2gr,165 de stéarate d'argent 0gr,619 d'argent métallique, c'est-à-dire 28,62 pour 100 d'argent ou 30,73 pour 100 d'oxyde d'argent ; l'atome de l'acide pèse, d'après cela, 6543.

De plus, par la combustion de ce sel avec l'oxyde de cuivre, j'obtins des nombres qui conduisent à la formule

$$C^{68} H^{132} O^{5}, 2Ag O.$$

L'acide anhydre est donc

$$C^{68} H^{132} O^{5}.$$

L'hydrate contient alors 2 atomes d'eau qui se trouvent remplacés dans les sels par 2 atomes d'oxyde métallique. La parfaite concordance des nombres obtenus dans toutes mes combustions, soit avec l'oxyde de cuivre seul, soit avec l'oxyde de cuivre dans un courant d'oxygène sur des produits de préparations différentes, et particulièrement la détermination rigoureuse au moyen du sel d'argent, ont dû lever toute espèce de doute sur l'exactitude de mes résultats, quand même je n'aurais pas réussi à préparer d'autres combinaisons; du reste, le sel d'argent était le plus propre à fournir des résultats exacts, en raison du poids atomique élevé de la base.

J'ai préparé le sel de plomb en précipitant, par une dissolution alcoolique de stéarate de soude, une solution de sel de Saturne mélangé d'acide acétique. La calcination de ce sel et sa combustion avec l'oxyde de cuivre m'ont donné des nombres qui s'accordent avec la formule

$$C^{68} H^{132} O^{5}, 2Pb O.$$

Éther stéarique. J'ai préparé ce produit en faisant passer jusqu'à saturation un courant d'acide chlorhydrique dans une dissolution d'acide stéarique dans l'alcool absolu. J'ai chauffé ensuite légèrement le liquide et je l'ai agité avec de l'eau chaude jusqu'à ce que tout l'acide chlorhydrique en fût éloigné.

J'obtins ainsi un produit incolore, transparent, cristallin, fondant vers 30°, d'une odeur à peine sensible, et se décomposant par la distillation. En faisant bouillir cet éther avec de la potasse et décomposant le savon ainsi formé par l'acide chlorhydrique, il s'en sépara de l'alcool et de l'acide stéarique, qui avait conservé son point de fusion. Ce composé, soumis à l'analyse, m'a fourni des résultats qui, traduits en centièmes, donnent

Carbone.	77,17
Hydrogène.	12,84
Oxygène.	9,99
	100,00

Ces rapports correspondent à une combinaison dans laquelle 1 atome d'eau de l'hydrate d'acide stéarique se trouve remplacé par 1 atome d'oxyde d'éthyle, et qui a pour formule

$$C^{68} H^{132} O^{5} + C^{4} H^{10} O + H^{2} O.$$

Le calcul donne en effet des nombres qui s'accordent bien avec ceux qu'on a déduits de l'expérience. Ainsi l'on a

72 atomes de carbone. . .	5503,3	77,49
144 atomes d'hydrogène. .	898,5	12,65
7 atomes d'oxygène. . .	700,0	9,86
	7101,8	100,00

J'ai vainement essayé de préparer l'éther

$$St + 2Ae\ O$$

indiqué par M. Lassaigne : je crois qu'il n'existe pas d'éther stéarique neutre, et que l'on peut obtenir seulement le composé précédent

$$St + Ae\ O + H^{2} O,$$

ou bien le composé

$$\begin{cases} St + Ae\ O + H^{2} O \\ St + 2H^{2} O \end{cases}$$

analogue aux combinaisons de l'acide tartrique, et de l'acide phosphorique, c'est-à-dire aux combinaisons des acides polybasiques.

Or, ces nombres correspondent à une combinaison curieuse qui serait anologue à la stéarine, et dans laquelle le glycéryle serait remplacé par l'éthyle :

$$2St\ Ae\ O + 3H^{2} O.$$

Cette formule conduirait aux résultats numériques suivants :

C^{140}.	10700,9	77,27
H^{280}.	1747,1	12,62
O^{14}.	1400,0	10,11
	13848,0	100,00

qui s'accordent parfaitement, comme on le voit, avec ceux de l'analyse.

Stéarate de soude.—J'ai préparé le stéarate de soude en faisant bouillir l'acide stéarique hydraté avec un excès de carbonate de soude, exprimant et désséchant le produit. Dissous dans l'alcool, filtré, décomposé par l'eau, évaporé et séché au bain-marie, ce sel, soumis à l'analyse, m'a donné des résultats qui s'accordent avec la formule

$$C^{68} H^{132} O^{5}, 2Na O.$$

Distillation sèche de l'acide stéarique. — M. Chevreul avait admis, dans ses recherches sur les corps gras, que l'acide stéarique distillait sans altération, et cela parce que le produit distillé présentait le même point de fusion que l'acide employé. M. Chevreul a décrit cette distillation de la manière la plus complète; rien ne lui est échappé, pas même le dégagement si faible d'acide carbonique et d'eau. J'observai des phénomènes entièrement analogues. Le produit distillé, bouilli avec de l'eau, communiqua une réaction légèrement acide sans déposer d'acide sébacique par le refroidissement.

Une combustion de cet acide stéarique distillé n'a pas donné les mêmes résultats que l'acide non distillé; l'hydrogène différait d'un demi p. 100 sans qu'il y ait eu aucune perte.

Le sel d'argent de cet acide, préparé de la même

manière que celui de l'acide stéarique pur, me fournit des nombres entièrement différents; l'hydrate de cet acide se trouvait avoir la composition suivante :

$$C^{30} H^{60} O^{4}.$$

Ces résultats n'étaient susceptibles d'aucune interprétation ; il n'y avait plus de doute, l'acide stéarique avait été modifié par la distillation. Si j'ai rapporté ces dernières analyses, c'était afin de faire voir comment j'avais été conduit à trouver les véritables produits de la distillation de cet acide.

Si l'on épuise le sel de soude préparé avec l'acide distillé et bien desséché par l'éther, dans lequel il est presque insoluble, la solution laisse déposer, par le refroidissement, une substance blanche, cristalline, ressemblant à la paraffine, ainsi qu'une huile douce d'une odeur empyreumatique. Le sel de soude ainsi purifié, étant décomposé par l'acide chlorhydrique, fournit un acide dont le point de fusion était placé entre 60 et 61°. Après plusieurs cristallisations dans l'alcool, son point de fusion n'avait pas changé : toutes ses propriétés s'accordaient avec celles de l'acide margarique.

La combustion de cet acide, exécutée au moyen de l'oxyde de cuivre, m'a donné des résultats qui, ramenés en centièmes, sont :

	Analyse.		Atomes.	Calcul.
Carbone.	76,00	34	2598,8	75,92
Hydrogène . . .	12,57	68	424,3	12,39
Oxygène.	11,42	4	400,0	11,69
	100,00		3423,1	100,00

Or, c'est là exactement la formule qui représente la composition de l'acide margarique.

La combustion du sel d'argent au moyen de l'oxyde de cuivre, et la calcination du même sel, m'ont conduit à la formule

$$C^{34} H^{66} O^{3} AgO,$$

ce qui est la composition du margarate d'argent.

Ainsi, on voit que l'acide stéarique se convertit par la distillation sèche en acide margarique.

Afin de connaître les produits qui se forment simultanément dans cette réaction, j'ai distillé une nouvelle quantité de cet acide, et, après avoir formé un sel de soude, je l'ai décomposé par le chlorure de calcium, le sel de soude se gonflant trop quand on le traite par l'éther. Ce véhicule bouillant retira du sel de chaux les deux substances dont j'ai fait mention plus haut; par le refroidissement de la solution, la substance solide cristallisa. Au moyen de plusieurs cristallisations dans l'éther, cette substance se présenta sous la forme de paillettes blanches, nacrées, diaphanes, et fondant vers 77°.

Distillé avec de la chaux, l'acide stéarique donna un produit identique à celui que je viens de décrire et pour les propriétés, et pour la composition.

Si l'on considère ce produit comme un corps particulier, et qu'on en calcule la formule en y admettant 1 atome d'oxygène, on obtient

$$C^{45} H^{90} O.$$

Ce corps serait alors égal à

1 atome de margarone.	$C^{33} H^{66} O$
+ hydrogène carboné polymérique du gaz oléfiant.	$C^{12} H^{24}$

Les résultats ainsi obtenus rendent l'existence de la stéarone fort douteuse, car ce corps devrait se former au moyen de l'acide stéarique par simple soustraction d'acide carbonique. Or, l'acide stéarique, en se transformant en acide margarique par la distillation sèche, se dédouble en deux nouvelles combinaisons, et il est peu probable que cette décomposition et la formation de la stéarone puissent avoir lieu simultanément.

En soumettant à l'évaporation l'éther duquel la margarone s'est séparée, on obtient une huile empyreumatique souillée par une grande quantité de cette matière. Par une distillation convenablement conduite, les premiers produits peuvent être obtenus à peu près exempts de margarone. Soumis à l'analyse, ce produit m'a donné une composition en centièmes identique à celle du gaz oléfiant.

Tels sont, en résumé, les produits qui se forment par la distillation de l'acide stéarique. Ainsi ce dernier se scinde par l'action de la chaleur en acide margarique hydraté, margarone, eau, acide carbonique et hydrogène carboné.

Ces résultats expliquent pourquoi le produit de la distillation de l'acide stéarique en a conservé le point de fusion, bien que l'acide margarique fonde à 60°, car ce produit se trouve mêlé à de la margarone dont le point de fusion est à 77°.

L'action qui s'opère dans la distillation sèche de l'acide stéarique est conforme aux décompositions ordinaires opérées par le feu. L'acide bibasique est dédoublé; il en résulte de l'eau et un acide unibasique qui, se décomposant à son tour, donne de l'acide carbonique et de la margarone; enfin il se forme un hydrogène carboné, dernier produit qui se présente à la fin des distillations des matières organiques. On peut formuler la réaction de la manière suivante :

6 atomes d'acide margarique hydraté.	$C^{204} H^{408} O^{24}$
1 atome d'eau	$H^{2} O$
Margorone.	$C^{33} H^{66} O$
1 atome d'acide carbonique	$C O^{2}$
Hydrogène carboné polymérique. . .	$C^{34} H^{68}$
4 atomes d'acide stéarique hydraté . .	$C^{272} H^{544} O^{28}$

L'analyse de la margarone démontre d'une manière positive qu'il renferme moins d'oxygène que l'acide d'où il dérive. Cependant, si l'on considère seulement dans ce corps le rapport du carbone à l'hydrogène, on remarque qu'il est le même que dans l'acide.

Par l'analyse on ne parvient à connaître numériquement que les quantités relatives des principes d'une combinaison ; les résultats trouvés n'acquièrent quelque valeur qu'autant qu'on les exprime par une idée théorique.

L'acide stéarique renferme le même nombre d'atomes que l'acide hyposulfurique; or on sait que ce dernier se décompose sous l'influence de la chaleur, de telle manière que son oxygène se scinde et donne naissance à deux produits renfermant chacun une partie du ridical; il se produit ainsi un degré inférieur et un degré supérieur d'oxydation.

Par l'action de la chaleur l'acide stéarique donne ainsi naissance à de l'acide margarique qui, pour le même poids atomique, contient plus d'oxygène que lui. La formation d'un oxyde inférieur, à même radical, peut bien être la conséquence de cette scission de l'oxygène.

Si l'on examine les analyses contenus dans ce Mémoire, on voit que les acides stéarique et margarique renferment la même proportion de carbone et d'hydrogène, de telle sorte que le dernier acide étant représenté par $C^{34}H^{66} + 3O$, le premier pourra s'exprimer par $2(C^{34}H^{66}) + 5O$.

En exprimant ce radical, qu'on pourrait appeler margaryle, par R, on aurait :

Acide margarique $= R + 3O$ acide margarylique.

Acide stéarique $= 2R + 5O$ acide hypomargarylique.

L'existence de ce radical acquiert encore plus de vraisemblance, si l'on songe que l'un de ces acides peut être converti dans l'autre par l'action de la chaleur. En considérant la margarone sous le même point de vue, on peut la représenter comme le premier oxyde du même radical $C^{34}H^{66}O = R + O$. Cette formule s'applique également bien aux résultats analytiques trouvés par M. Bussy.

La distillation sèche de l'acide stéarique s'explique, d'après cela, d'une manière non moins simple, car l'acide stéarique contient les éléments de l'acide margarique et de cette margarone.

3 atomes d'acide margarique hydraté.	$C^{102}H^{204}O^{12}$
Margarone	$C^{34}H^{66}O$
Eau.	$H^{2}O$
2 atomes d'acide stéarique hydraté . .	$C^{136}H^{272}O^{14}$

La décomposition de l'acide margarique, avec ou sans mélange de chaux, peut également s'expliquer :

Margarone	$C^{34}H^{66}O$
2 atomes d'acide carbonique.	$C^{2}O^{4}$
1 atome d'eau	$H^{2}O$
Hydrogène carboné polymérique. . . .	$C^{32}H^{64}$
	$C^{68}H^{132}O^{6}$

L'existence du radical commun dans les deux acides les plus répandus, jette de nouvelles lumières sur la théorie des composés organiques.

L'acide stéarique peut être encore transformé en acide margarique sous l'influence de l'acide nitrique ou d'un mélange d'acide sulfurique et d'acide chromique.

(*Annales de Chimie et de Physique*, août.)

40. *Recherches sur l'acide margarique;* par M. Fr. Verrentrapp.

Nous avons vu dans le mémoire de M. Redtenbacher que l'acide stéarique se transformait par la distillation en acide margarique et en des produits secondaires. M. Varrentrapp s'est occupé de la distillation de différents corps gras tels que la graisse de porc, l'huile d'olive et l'acide oléique brut. Il a opéré toutes ses distillations dans des cornues de verre à feu nu, afin de pouvoir régler convenablement la température. Au commencement de l'opération, dit-il, il faut chauffer rapidement, afin de chasser l'humidité qui se trouve mélangée à la matière et qui occasionne des soubresauts qui peuvent déterminer la rupture des vases. Dès que la matière présente une ébullition régulière, on modère le feu.

Les produits de la distillation se condensent bien dans le récipient; en employant un appareil de Wolf, on peut recueillir en outre un hydrogène carboné, ainsi que ce corps dont l'odeur est si désagréable; en même temps que ce dernier se dégage, il se développe de l'hydrogène carboné gazeux et de l'acide carbonique. Le produit de la distillation de la graisse de bœuf avait presque la même consistance que la graisse non distillée; celui qu'on avait retiré de la graisse de porc s'était solidifié davantage : l'huile d'olive et l'acide oléique donnent des produits onctueux, surtout lorsque la distillation a été conduite avec lenteur.

Le produit brut fut exprimé, afin de séparer autant que possible la matière liquide. Le résidu fut repris par l'alcool, dans lequel on lui fit subir plusieurs cristallisations, après quoi le produit fut saponifié; la dissolution filtrée et limpide de ce savon fut enfin précipitée par l'acide chlorhydrique.

Le produit ainsi obtenu et soumis à une nouvelle distillation était pour toutes les graisses parfaitement blanc et cristallin; cependant son point de fusion était placé entre 55 et 56°. Je le redissolvis de nouveau dans l'alcool, et je le redistillai après l'avoir saponifié; le point de fusion n'en fut pas changé, et je demeurai convaincu que la température indiquée était réellement le point de fusion de l'acide margarique obtenu par la distillation sèche.

Plusieurs analyses faites sur des acides préparés avec différents corps gras ont donné des résultats assez concordants; d'où il suit que les acides distillés avec les différents corps gras sont identiques : je puis donc, dès lors, me dispenser dans la suite d'indiquer chaque fois les matières premières dont j'ai fait usage.

Afin de déterminer le poids atomique de mon acide, j'en fis fondre un poids déterminé dans un petit tube fermé avec un grand excès d'oxyde de plomb. L'eau ainsi expulsée fut déterminée par la perte de poids du mélange.

Deux opérations de cette nature m'ont donné les résultats suivants :

I. 0gr, 970 ont perdu 0gr, 032 d'eau=3,29 p. 100;
II. I ,239 ont perdu 0, 041 d'eau=3,30 p. 100.

D'après cela, le poids atomique de l'acide hydraté est égal à 3522—3513.

Je préparai, avec beaucoup de soin, le sel de soude; la combustion de ce sel me conduisit, pour le poids atomique de l'acide, au nombre 3700.

Le sel d'argent devant me fournir des résultats d'une plus grande exactitude, je précipitai la dissolution alcoolique du sel de soude par une dissolution alcoolique de nitrate d'argent. Une autre portion de sel d'argent fut préparée en dissolvant de l'acide margarique dans de l'alcool chargé d'ammoniaque, et en précipitant le savon ammoniacal par une solution alcoolique de nitrate d'argent.

La moyenne des déterminations obtenues par la calcination du margarate d'argent préparé par ces deux moyens donne pour poids atomique de l'acide anhydre le nombre 3340, et pour l'acide hydraté 3453.

Ces nombres sont en désaccord avec ceux que l'on a obtenus en faisant fondre l'acide hydraté avec l'oxyde de plomb. La quantité de carbone trouvée dans le sel d'argent ne s'accorde pas avec celle que présente l'hydrate libre et qui s'est trouvée constante dans plusieurs analyses.

La préparation du sel de chaux me permit enfin de débrouiller ces différences. En traitant ce sel par l'alcool, ou mieux encore par l'éther, je pus en extraire deux substances, dont l'une était liquide et l'autre cristallisable. Toutes deux étaient plus carbonées et moins oxygénées que l'acide et ne se combinaient pas avec les bases.

Cette circonstance expliquait facilement l'excès de carbone trouvé dans l'acide libre; le sel d'argent en était exempt, ayant été précipité d'une dissolution alcoolique où la petite quantité de ces matières étrangères était demeurée dissoute.

En conséquence, je saponifiai l'acide obtenu par distillation avec un excès de carbonate de soude, et j'y ajoutai du chlorure de calcium jusqu'à ce que le précipité cessât de se former; la présence du carbonate dont ce dernier se trouve souillé, facilite beaucoup le traitement par l'éther. Ce véhicule dissout alors les matières carbonées dont nous avons parlé plus haut.

Le sel de chaux, ainsi purifié, fut décomposé par l'acide chlorhydrique; l'acide que j'obtins fondait exactement à 60°.

La formule que je déduisis des analyses de cet acide, ainsi que de celles du margarate d'argent, est, pour l'acide hydraté,

$$C^{34} H^{66} O^{3} + H^{2} O,$$

et pour le margarate d'argent,

$$C^{34} H^{66} O^{3} + AgO,$$

nombres qui s'accordent aussi bien que possible avec les résultats trouvés.

J'ai préparé le sel de plomb en précipitant une dissolution alcoolique de sel de soude par une dissolution d'acétate de plomb acidifié avec une petite quantité d'acide acétique; sans cette précaution, il se précipite toujours une quantité variable de sel basique. Soumis à l'analyse, ce sel m'a donné des nombres qui s'accordent avec la formule

$$C^{34} H^{66} O^{3}, PbO.$$

Le margarate de soude fut préparé au moyen d'une lessive caustique et concentrée, car c'est ainsi qu'on réussit le mieux à obtenir une combinaison parfaitement neutre. Il est très-soluble dans l'alcool; dissous dans beaucoup d'eau, ce sel se décompose et donne un sel acide qui se précipite à l'état cristallin, et un sel basique qui reste en dissolution. L'analyse du sel neutre me conduisit à la formule

$$C^{34} H^{66} O^{3}, NaO.$$

Je préparai le sel de baryte en précipitant une solution de sel de soude dans de l'alcool étendu par une solution aqueuse de chlorure de baryum. La formule de ce sel se représente par

$$C^{44} H^{66} O^{2}, BaO.$$

Si on laisse le sel de plomb neutre pendant plusieurs jours en digestion avec de l'acétate de plomb basique, à une douce chaleur, le précipité, de léger et volumineux qu'il était d'abord, devient grenu et ne peut plus être fondu sans se décomposer. Ce nouveau précipité renferme de l'acétate de plomb combiné avec du margarate de la même base.

La quantité d'acide acétique contenue dans ce sel, quoique étant très-faible, pouvait aisément être mise en évidence, en distillant le sel avec de l'acide sulfurique et de l'alcool étendu. De cette manière on obtint un liquide qui sentait fortement l'éther acétique.

Les nombres trouvés par l'analyse conduisent à une formule assez compliquée, savoir,

$$2\,(C^{34} H^{66} O^{3}, PbO) + C^{4} H^{6} O^{3}, 6PbO,$$

composition qui s'accorde assez bien avec l'expérience.

Enfin, j'ai préparé le margarate d'oxyde d'éthyle, décrit par M. Laurent, en saturant par du gaz hydrochlorique une dissolution alcoolique d'acide margarique; avant même que la majeure partie de l'alcool soit saturée de gaz, l'éther margarique se sépare à l'état d'une huile légère.

Comme, d'après M. Laurent, les éthers gras ne sont pas décomposés par les alcalis en dissolution dans l'eau, j'ai agité le produit avec une dissolution de carbonate de soude, et ensuite, à plusieurs reprises, avec de l'eau bouillante, afin de saponifier et de dissoudre l'acide qui était encore resté dans l'éther. En opérant de cette manière, je ne pus parvenir à obtenir un produit d'une composition constante; j'ai moins bien réussi encore en essayant de le distiller. En effet, l'éther se décompose déjà au-dessous de 200°, et il distille alors un liquide alcoolique qui se charge de plus en plus d'acide.

Pour en faire l'analyse, je me suis servi de l'éther qui n'avait été traité que par l'eau bouillante, pour enlever l'acide chlorhydrique. Les résultats que j'obtins s'accordent fort bien avec la formule suivante :

$$C^{34} H^{66} O^{3}, C^{4} H^{10} O.$$

Margarone. — J'ai également préparé la margarone, d'après le procédé de M. Bussy, afin de voir si sa composition s'accordait avec la formule de l'acide margarique obtenu par la distillation. A cet effet, j'ai distillé un mélange de 1 partie d'acide margarique et de 1/4 de partie de chaux récemment calcinée, jusqu'à ce que les produits passassent colorés. J'ai fait bouillir la margarone ainsi obtenue avec une dissolution alcaline, afin de saponifier l'acide qui avait passé au commencement de la distillation, et je l'ai dissoute ensuite à plusieurs reprises dans l'ether afin de la débarrasser d'un corps liquide qui l'accompagne toujours et qui la dissout en grande quantité. Si l'on emploie plus de chaux que d'après la proportion indiquée, on n'obtient qu'un produit liquide, d'où l'on ne parvient pas à extraire de margarone.

Lorsqu'on distille la margarone, elle passe en partie sans altération, en partie elle se détruit. Il reste un dépôt charbonneux dans la cornue, et le produit distillé se trouve souillé d'un corps liquide dont on peut le débarrasser par des cristallisations réitérées dans l'éther.

Brûlée avec l'oxyde de cuivre, cette substance a fourni des résultats qui s'accordent avec la formule

$$C^{33} H^{66} O.$$

Je n'ai pas examiné le corps liquide qui se produit dans la préparation de la margarone, ne sachant pas comment la purifier de cette dernière.

On a vu que l'acide margarique pur, soumis à la distillation sèche, se décompose en petite quantité, en donnant naissance à de l'acide carbonique et à une matière cristalline qui, comme l'indiquent les analyses, est identique avec la margarone. Ce produit est d'un blanc éclatant, nacré, fusible à 76°, et reste diaphane après la solidification. Purifié à l'aide de plusieurs cristallisations dans l'ether, il m'a donné des résultats qui coïncident avec ceux que m'a donnés la margarone obtenue par la distillation de l'acide margarique en présence de la chaux.

D'après tous les faits observés, il résulte que l'acide margarique, produit par la distillation, ne présente pas la composition que M. Chevreul assigne, suivant ses analyses, à l'acide extrait de la graisse humaine.

Les conclusions auxquelles je suis arrivé se trouvent également appuyées par le mode de formation de l'acide margarique au moyen de la distillation de l'acide stéarique, tel qu'il a été exposé dans le Mémoire précédent. La composition qui, jusqu'à présent, avait été attribuée à l'acide margarique, n'est donc plus guère admissible.

Afin d'acquérir des preuves plus positives, j'ai examiné l'acide margarique extrait de la graisse humaine. A cet effet j'ai saponifié cette graisse, et, après avoir enlevé par expression la majeure partie de l'acide oléique, j'ai fait subir à l'acide margarique plusieurs cristallisations dans l'alcool, jusqu'à ce que son point de fusion fût à 60°.

Quatre analyses exécutées sur ce produit m'ont conduit à des résultats identiques à ceux que m'avait fourni l'analyse de l'acide obtenu par distillation.

L'examen des sels de soude et d'argent n'a fait que confirmer ces premiers résultats.

J'ai examiné pareillement l'acide margarique extrait de l'huile d'olive, qui avait été préparé avec beaucoup de soin par M. Meyer. Cet acide présentait toutes les propriétés des acides que j'ai préparés moi-même, soit par la saponification de la graisse humaine, soit au moyen de la distillation de l'acide stéarique et des autres corps gras.

La formule de l'acide margarique anhydre est donc

$$C^{34} H^{66} O^{3},$$

et par suite, pour l'acide cristallisé,

$$C^{34} H^{66} O^{3} + H^{2} O.$$

Si l'on distille l'acide margarique seul, une petite portion seulement se décompose; on peut donc se rendre compte ainsi de la présence de l'acide margarique dans tous les produits de la distillation des corps gras. La composition que j'ai trouvée pour l'acide distillé s'accorde parfaitement avec celle de l'acide extrait, soit de la graisse humaine, soit de l'huile d'olive. On ne peut donc plus douter de l'identité de ces divers produits.

(*Ibidem.*)

---

41. *Recherches sur l'acide oléique*; par M. F. VARRENTRAPP.

Bien que l'acide oléique soit un des acides gras les plus importants, c'est certainement celui de tous qui a été le moins étudié. M. Chevreul, et plus tard M. Laurent, sont les deux seuls qui s'en soient occupés.

M. Chevreul, dans son *Traité sur les corps gras*, émet quelques doutes sur l'acide examiné par lui, cet acide pouvant, dit-il, contenir encore quelques traces d'acide margarique.

M. Laurent a publié plus récemment des recherches sur l'acide oléique, et il attribue à cet acide une composition bien différente de celle qui avait été adoptée par M. Chevreul. Mais l'acide que ce chimiste a employé avait été préalablement soumis à la distillation; or, par ce moyen, on ne saurait le débarrasser de l'acide margarique, et en outre cet acide se décompose par l'action de la chaleur, ainsi que je le ferai voir dans le cours de ce Mémoire.

Je résolus donc d'entreprendre de nouvelles recherches sur cet acide. On trouvera dans ce Mémoire les résultats que m'a fournis l'acide oléique extrait de l'huile d'amandes et de la graisse de bœuf, ainsi que l'étude des produits de sa décomposition.

J'avais songé à retirer l'acide oléique des huiles siccatives qui, pour la plupart, ne renferment que très-peu de margarine; mais ces huiles contiennent un acide tout différent, de sorte qu'on ne peut s'en servir dans sa préparation. Parmi les huiles non siccatives, celle qui m'a paru de l'emploi le plus

convenable est l'huile d'amandes, qui ne contient que fort peu de magarine.

L'huile d'amandes a été saponifiée par la potasse et le savon décomposé par l'acide chlorhydrique étendu. J'ai fait digérer avec l'oxyde de plomb l'acide mis en liberté pendant plusieurs heures à une température de 100°. Le mélange de margarate de plomb qui en résulte est alors repris par l'éther, qui dissout seulement ce dernier sel, tandis qu'on obtient pour résidu le margarate accompagné d'oléate de plomb basique.

L'oléate de plomb dissous dans l'éther a été agité avec son volume d'eau aiguisée par une quantité d'acide chlorhydrique suffisante pour transformer tout le blomb en chlorure. L'acide oléique se sépare immédiatement, et vient surnager le liquide en dissolution dans l'éther, tandis que le chlorure de plomb se dépose rapidement dans la solution aqueuse.

La dissolution éthérée étant filtrée et évaporée au bain-marie, l'acide se présente sous la forme d'un liquide jaune clair, huileux, possédant toutes les propriétés que lui assigne M. Chevreul dans son *Traité sur les corps gras*. C'est le plus altérable des acides gras; l'acide sulfurique concentré le brunit immédiatement, le gaz chlorhydrique se comporte de la même manière au bout de quelque temps; l'acide étendu réagit de la même manière à la longue.

Dans la préparation que je viens d'indiquer, il n'est pas nécessaire, en combinant les acides gras avec l'oxyde de plomb, d'employer exactement la quantité qui serait nécessaire pour les saturer; car tout l'acide margarique se combine le premier avec l'oxyde de plomb, et l'éther dissout mieux l'oléate avec excès d'acide que l'oléate neutre.

J'ai soumis au même traitement de l'acide oléique brut retiré de la graisse de bœuf. Il présentait une couleur brune foncée et n'avait que fort peu perdu de cette teinte après sa digestion avec de l'alcool et du charbon animal. Par le procédé suivant il est facile d'en préparer un acide qui ne soit que légèrement coloré.

La majeure partie de l'acide stéarique ayant été séparée par le refroidissement à 0°, le reste est séparé par l'oxyde de plomb et le traitement à l'éther. L'acide est mis en liberté au moyen de l'acide chlorhydrique, puis saponifié de nouveau. On sépare ensuite par le sel marin le savon de sa dissolution limpide, on le redissout de nouveau et l'on réitère le traitement par le sel marin tant que la solution saline se trouve colorée. Il y a avantage à mêler le sel marin avec une petite quantité de carbonate alcalin, qui enlève encore plus facilement la matière colorante. De cette manière on obtient un savon parfaitement blanc, qui, décomposé par l'acide tartrique, fournit un acide presque incolore. L'emploi de l'acide tartrique est ici préférable à celui de l'acide chlorhydrique, qui, quoique très-étendu, finit par altérer l'acide oléique par une ébullition prolongée; et en outre en ce que le savon de soude n'est pas insoluble dans le tartrate de soude comme dans le chlorhydrate, de sorte qu'il ne se forme pas, comme cela a lieu avec l'acide chlorhydrique, de l'oléate acide qui ne se décompose plus que par une ébullition prolongée.

Préparé par ces deux méthodes, l'acide oléique fut soumis à l'analyse. Les nombres que j'obtins me conduisirent à adopter pour l'acide hydraté la formule suivante :

$$C^{44} H^{80} O^{5} = C^{44} H^{78} O^{4} + H^{2} O.$$

Afin de contrôler cette composition, j'ai préparé l'oléate d'argent en décomposant par le nitrate d'argent le sel de soude cristallisé deux fois dans l'alcool. On obtient alors un précipité blanc fort volumineux, qui n'est pas entièrement insoluble dans l'eau et l'alcool, mais que l'on peut cependant bien laver à l'eau froide. Dans l'eau tiède ce précipité perd son aspect volumineux, s'agglomère et se réduit, si l'on chauffe davantage, en une masse emplastique. Lorsqu'on essaye de dessécher ce sel, soit à chaud en employant une température inférieure à 100°, soit dans le vide sec, il se transforme en une masse molle qu'on peut facilement pétrir entre les doigts. De plus, cette masse ne perd son eau que très-difficilement et brunit au contact de la lumière.

Ce sel s'altérant plus ou moins, je n'ai pu réussir à obtenir des résultats constants dans la détermination du poids atomique.

En conséquence, j'ai préparé l'oléate de baryte en décomposant une solution de sel de soude par le chlorure de baryum. On obtient ainsi un précipité d'un beau blanc, léger, fort volumineux et s'agglutinant facilement dans l'eau tiède. Après avoir été fondu au bain-marie et privé de toute l'eau qu'il renferme, ce composé se présente sous la forme d'une masse jaunâtre transparente, cassante à froid, visqueuse à chaud, qui attire l'humidité de l'air en se ramollissant et devenant opaque.

J'ai encore préparé ce sel, soit en décomposant l'oléate d'ammoniaque retenant un excès d'ammoniaque par le chlorure de baryum, soit en faisant bouillir de l'acide oléique avec de l'eau de baryte.

Ce sel, étant soumis à l'analyse, m'a donné des résultats qui conduisent à la formule suivante :

$$C^{44} H^{78} O^{4}, Ba O.$$

L'acide supposé anhydre se présente donc par la formule

$$C^{44} H^{78} O^{4}.$$

Les oxydes métalliques peuvent déplacer dans l'hydrate un équivalent d'eau; l'acide oléique est donc un acide monobasique.

Ether oléique. — J'ai préparé ce produit en dissolvant une partie d'acide oléique dans environ 3 parties d'alcool, et y faisant passer un courant rapide de gaz chlorhydrique. Le mélange s'échauffe et l'éthérification s'effectue immédiatement. Au bout de quelques minutes tout l'éther oléique se sépare du liquide alcoolique bien avant que l'alcool soit retiré du gaz acide, dont il faut éviter un excès qui pourrait altérer le produit.

L'éther ainsi préparé, séparé du liquide alcoolique, a été agité avec de l'alcool ordinaire, qui dissout son volume d'acide oléique et ne dissout que fort peu d'éther oléique. On enlève ensuite l'alcool dont il pourrait être souillé en l'agitant avec de

l'eau ; il est ensuite décanté et séché sur du chlorure de calcium. Ce liquide ainsi préparé est limpide, peu coloré ; sa densité est intermédiaire entre celle de l'alcool et celle de l'eau. Soumis à l'analyse, il m'a donné des nombres qui s'accordent avec la formule suivante :

$$C^{48} H^{88} O^{5} = C^{44} H^{78} O^{4}, C^{4} H^{10} O.$$

Ce composé s'altère par la distillation ; il fournit dans ces circonstances de l'alcool et un carbure d'hydrogène, et laisse un résidu charbonneux.

Dans les deux mémoires précédents on a fait connaître la manière dont se comportent les acides stéarique et margarique quand on les soumet à la distillation ; je vais dire ici quelques mots sur la distillation de l'acide oléique.

En distillant l'acide oléique, on obtient, outre une grande quantité de gaz permanents qui se dégagent, d'une manière uniforme, pendant toute la durée de l'opération, un produit liquide réfractant fortement la lumière, et qui dépose par refroidissement une matière cristallisée en fines aiguilles.

Si l'on pousse l'opération jusqu'à ce que le fond de la cornue soit porté au rouge, on obtient un résidu considérable de charbon.

Le gaz se compose d'acide carbonique et de carbure d'hydrogène.

Le produit condensé contient une grande quantité d'un hydrogène carboné liquide, mélangé d'un peu d'acide oléique non altéré et contenant en outre un acide cristallin, l'acide sébacique. Ce dernier produit, étant très-soluble dans l'eau bouillante, peut être séparé des autres produits à l'aide de ce liquide. Par le refroidissement, il se dépose presque entièrement à l'état de cristaux qui présentent beaucoup de ressemblance avec l'acide benzoïque. La formation de l'acide sébacique, par la distillation de l'acide oléique, fournit un excellent moyen de reconnaître de petites quantités de ce dernier dans les corps gras.

Pour séparer l'hydrogène carboné de l'acide oléique, on ne peut avoir recours au traitement des oléates par l'éther, comme dans le cas de l'acide margarique ou de l'acide stéarique, car ces sels y sont bien plus solubles que l'hydrogène carboné. Le meilleur procédé consiste à distiller le mélange à plusieurs reprises avec de l'eau, en ayant soin de renouveler celle qui s'évapore, jusqu'à ce que cet hydrogène carboné se soit entièrement volatilisé. L'opération réussit toujours très-bien si on la prolonge convenablement.

J'ai analysé le produit ainsi obtenu : je ne saurais affirmer si la faible proportion d'oxygène que j'y ai trouvée doit être attribuée à la présence d'un corps analogue à la margaronne. Du reste, il est à observer que la quantité de carbone trouvée par l'expérience est à celle de l'hydrogène sensiblement dans le même rapport que dans le gaz oléifiant.

Cet hydrogène carboné distille sans laisser de charbon ; on ne peut cependant le considérer comme un produit unique, car son point d'ébullition varie beaucoup et s'élève de 160° à 280°, et même au-dessus.

La formation de ces différents produits peut s'interpréter par les formules suivantes :

1 atome d'acide sébacique hydraté. .	$C^{10} H^{18} O^{4}$
3 atomes d'acide carbonique	$C^{3} O^{6}$
Hydrogène carboné.	$C^{71} H^{142}$
4 atomes de carbone.	C^{4}
2 atomes d'acide oléique hydraté. .	$C^{88} H^{160} O^{10}$

La manière dont se comporte l'acide oléique à la distillation nous explique pourquoi les produits de la distillation des corps gras, tels que la graisse de porc et l'huile d'olive, contenant, outre la margarine, de la stéarine de l'oléine, présentent plus de consistance que les matières premières ; cela tient à ce que l'acide margarique est fort peu soluble dans l'hydrogène carboné qui se produit par la distillation, tandis que la margarine est très-soluble dans l'oléine.

Décomposition de l'acide oléique et de l'acide élaïdique par la potasse.

Dans ces derniers temps, MM. Dumas et Stas ont, par un travail fort remarquable, attiré l'attention des chimistes sur l'action que la potasse en fusion exerce sur les matières organiques. Leurs recherches ont jeté de vives lumières sur la constitution intime d'un grand nombre de combinaisons.

J'ai soumis les acides oléique et élaïdique à l'action du même agent ; voici les résultats auxquels je suis arrivé :

J'ai chauffé de l'acide oléique dans une capsule d'argent, avec un léger excès de potasse caustique et quelques gouttes d'eau, de manière à le saponifier ; j'y ai ensuite ajouté une quantité de potasse double de la quantité d'acide oléique employée, et j'ai chauffé doucement le tout, en agitant continuellement et faisant fondre la potasse. Si l'on opère convenablement, la masse ne noircit guère, et ne prend qu'une teinte jaune brunâtre. Dès que le mélange se trouve porté à la température de la potasse fondante, il se manifeste un dégagement d'hydrogène qu'il est facile de reconnaître à la flamme peu lumineuse qu'il produit en brûlant. Une fois que ce gaz s'est développé, l'opération est terminée ; on enlève rapidement le feu, et l'on jette la masse encore chaude dans l'eau, qui dissout une grande partie de la potasse libre. Lorsqu'on emploie peu d'eau, la lessive est tellement concentrée que le savon produit surnage sans se dissoudre. Au moyen du sel marin, on sépare le sel de potasse de sa dissolution dans l'eau, et l'on répète cette opération jusqu'à ce que la petite quantité de matière colorante qui s'est produite dans certaines parties par un trop grand échauffement se soit dissoute dans ce liquide.

Au moyen de l'acide chlorhydrique étendu, on sépare l'acide gras du savon ainsi purifié. Cet acide n'est pas liquide comme celui qui lui a donné naissance ; par le refroidissement il se concrète en formant des couches cristallines. L'acide brut, cristallisé une seule fois dans l'alcool, fondait à 56° ; après plusieurs dissolutions dans ce véhicule, il fondait

à 62°, point qui demeurait constant après de nouveaux traitements par l'alcool.

L'acide élaïque, soumis au même traitement, a produit un acide entièrement identique.

J'ai soumis à l'analyse l'acide cristallisé et j'ai obtenu des résultats qui conduisent à la formule suivante :

$$C^{32} H^{64} O^{4}.$$

J'ai préparé le sel d'argent en mélangeant la dissolution alcoolique du sel de soude purifié avec du nitrate d'argent ; on obtient ainsi un précipité blanc fort léger et d'un aspect gélatineux, lorsque l'on a opéré à froid ; à chaud ce précipité est grenu et plus facile à laver. Lorsqu'il est humide, il faut le préserver du contact de la lumière ; une fois qu'il est sec, cet agent ne l'altère pas sensiblement.

La calcination de ce sel, ainsi que sa combustion au moyen de l'oxyde de cuivre, m'ont conduit à la formule

$$C^{32} H^{60} O^{3}, AgO ;$$

d'où il suit que la formule de l'acide cristallisé doit être

$$C^{22} H^{60} O^{3} + H^{2} O \text{ (1)}.$$

L'analyse du sel de baryte s'accorde parfaitement avec ces résultats.

J'ai ensuite neutralisé par l'acide sulfurique une certaine portion du liquide contenant l'excès de potasse, ainsi que les substances solubles dans l'eau qui ont pu se former en même temps que l'acide dont nous venons de parler. Il ne s'est dégagé qu'une quantité insignifiante d'acide carbonique et qu'on ne peut par conséquent considérer comme un produit de la réaction. En sursaturant le liquide par l'acide sulfurique, j'ai observé une odeur très-prononcée d'acide acétique, et par la distillation j'ai obtenu une quantité assez considérable de vinaigre bien concentré.

Une autre portion du liquide fut neutralisée par de l'acide chlorhydrique et mélangée avec une solution de chlorure de calcium ; il se forma un précipité ayant tous les caractères de l'oxalate de chaux. L'acide oxalique ainsi obtenu se trouvait en quantité très-faible, de sorte qu'il convient mieux de le considérer comme un produit secondaire formé par l'action ultérieure de la potasse à une température plus élevée.

La formation de la grande quantité d'acide acétique par l'action de la potasse sur l'acide oléique et l'acide élaïdique s'explique d'une manière simple. En effet,

1 atome d'acide oléique. . . .	$C^{44} H^{78} O^{4}$
1 atome du nouvel acide . . .	$C^{32} H^{60} O^{3}$
Il reste	$C^{12} H^{18} O$

En supposant que la potasse cède 8 atomes d'oxygène, cela fait ensemble 3 atomes d'acide acétique.

Avec l'acide élaïdique la potasse céderait 7 atomes d'oxygène, et l'on aurait :

1 atome d'acide élaïque. . .	$C^{72} H^{132} O^{5} + O^{7}$
2 atomes du nouvel acide. .	$C^{64} H^{120} O^{6}$
Il reste	$C^{8} H^{12} O^{6}$

C'est-à-dire 2 atomes d'acide acétique anhydre.

La simplicité de ces réactions vient fournir un nouvel appui en faveur de la formule que j'ai admise pour l'acide oléique, et de celle établie par M. Meyer pour l'acide élaïdique.

Malheureusement je ne suis pas encore parvenu à examiner le corps rouge qui se forme outre l'acide élaïdique par l'action de l'acide hyponitrique sur l'acide oléique. Il ne m'est guère possible d'expliquer de quelle manière cet acide prend naissance. Il paraît cependant qu'en réagissant sur l'acide oléique, l'acide hyponitrique le décompose en deux corps, dont l'un est l'acide élaïdique. En déduisant de

2 atomes d'acide oléique.	$C^{88} H^{160} O^{10}$
les éléments de 1 at. d'acide élaïdique	$C^{72} H^{136} O^{7}$
On a le corps	$C^{16} H^{24} O^{3}$

qui se combine peut-être avec l'acide hyponitrique et forme ce corps rouge fort soluble dans l'alcool et l'éther, et même assez soluble dans l'eau. L'examen de ce corps rouge éclaircira probablement le mode d'action de l'acide hyponitrique sur l'acide oléique. La petite quantité d'acide hyponitrique nécessaire pour opérer cette transformation, n'infirmerait en aucune façon notre hypothèse, si l'on songe à la grande différence qui existe entre le poids de 2 atomes d'acide oléique et de 1 atome d'acide hyponitrique. La quantité de ce dernier doit donc nécessairement être bien inférieure à celle de l'acide gras.

(*Ibidem.*)

---

42. *Recherches sur l'acide élaïdique ;* par M. Meyer.

M. Poutet, pharmacien distingué de Marseille, fit voir, il y a plusieurs années, que l'huile d'olive se solidifie par son contact avec le deutonitrate de mercure, et, partant de ce fait, fonda un procédé pour reconnaître les falsifications de l'huile d'olive par d'autres huiles.

Plus tard, MM. Lescallier et Boudet démontrèrent qu'il existe d'autres huiles susceptibles d'éprouver une semblable transformation par l'action du deutonitrate de mercure ; il fallut dès lors renoncer à ce mode d'essai.

En approfondissant cette question, M. Boudet démontra que la solidification de cette huile ne doit

(1) Les propriétés et la composition de cet acide s'accordent entièrement avec celles de l'acide éthalique que MM. Dumas et Stas ont obtenu par la réaction de la potasse hydratée sur l'éthal.

être attribuée ni à l'acide nitrique, ni à l'oxyde de mercure, mais bien à l'acide hyponitrique dont le nitrate de mercure est ordinairement chargé; et il fit voir d'autre part que le deutonitrate exempt de cet acide ne solidifie les huiles en aucune manière. Le même savant reconnut à cette occasion la formation d'un corps particulier, auquel il donna le nom d'élaïdine, et que l'on peut considérer comme une combinaison d'un acide nouveau avec la glycérine. Il s'assura que les huiles grasses seules se concrètent par l'acide hyponitrique, tandis que les huiles siccatives n'en éprouvent aucune altération.

Dans ces derniers temps, M. Laurent reprit l'examen de l'acide élaïdique, et en publia l'analyse.

Il avait préparé cet acide en suivant le procédé de M. Boudet, et l'avait purifié en séparant l'acide margarique à l'état de bimargarate de soude, et faisant cristalliser à plusieurs reprises l'acide élaïdique dans l'alcool jusqu'à ce qu'il fondît à 42°. L'analyse de cet acide le conduisit à la formule suivante :

$$C^{70}H^{136}O^{8}.$$

En déduisant les éléments de 2 atomes d'eau, on obtient pour l'acide anhydre la composition

$$C^{70}H^{132}O^{6}.$$

Dans un travail postérieur sur les éthers des acides gras, M. Laurent trouva que l'atome de l'acide élaïdique était de moitié trop grand, et qu'il fallait le dédoubler, de sorte que l'acide anhydre devenait

$$C^{35}H^{66}O^{3}.$$

A l'occasion de recherches étendues sur les corps gras, faites au laboratoire de M. Liebig, je repris l'étude de cet acide.

Pour le préparer, j'ai suivi le procédé indiqué par M. Boudet, en mettant de l'huile d'olive très-pure en contact avec du deutonitrate de mercure, et exprimant la masse solidifiée entre des doubles de papier joseph. Je la purifiai ainsi d'une petite quantité d'une huile liquide qui y adhérait.

La substance ainsi obtenue présente une teinte jaune due à la présence d'une matière huileuse particulière; M. Boudet enlevait celle-ci au moyen de l'alcool et par des expressions réitérées. Ce procédé ne m'a pas bien réussi; je lui ai substitué le suivant. En chauffant l'élaïdine impure avec de l'éther, ce dissolvant s'empare d'une grande quantité de cette substance en prenant une belle teinte rouge; il se sépare en même temps une poudre grise composée de mercure métallique que j'ai enlevé par la filtration.

La solution éthérée, refroidie à 0°, a déposé une matière blanche cristalline d'un aspect mamelonné. Lavée à plusieurs reprises avec de l'éther froid, celle-ci devenait parfaitement semblable à la stéarine pure, que l'on obtient en épuisant la graisse de bœuf par l'éther.

Les eaux-mères incristallisables se sont divisées, après quelque temps de repos, en deux couches, dont l'une, plus légère et éthérée, était moins colorée, et dont l'autre, moins fluide, avait une teinte d'un rouge foncé. Je les ai séparées à l'aide d'une pipette; le liquide plus léger a laissé par l'évaporation une petite quantité d'élaïdine impure. Le liquide oléagineux et plus pesant a d'abord été chauffé au bain-marie jusqu'à disparition complète de l'odeur éthérée, puis exposé à quelques degrés au dessous de 0°. Au bout de quelques heures, il a déposé des cristaux d'élaïdine, que j'ai séparés de la partie liquide en les exprimant entre des doubles de papier à filtre.

Le liquide qui coulait de la presse était transparent et de couleur rouge. Par un nouveau traitement avec le deutonitrate de mercure, il s'est concrété au bout de quelque temps; mais cette solidification n'était pas aussi complète que dans l'huile d'olive soumise au même traitement : traitée à chaud par l'éther, la masse solidifiée a déposé une matière blanche cristalline; le liquide surnageant était trouble, et ne s'est pas éclairci par des filtrations répétées.

J'ai également essayé de préparer l'élaïdine en faisant passer dans l'huile d'olive des vapeurs nitreuses dégagées par un mélange de fécule et d'acide nitrique. La solidification s'effectue par ce moyen d'une manière plus rapide; mais il faut bien se garder d'employer un excès d'acide, car, au lieu d'un produit concret, on obtient une masse un peu moins fluide que l'huile, et qui ne se solidifie plus.

L'élaïdine, préparée par l'un ou l'autre de ces procédés, est essentiellement identique; à l'état pur, elle est parfaitement blanche, se dissout dans l'éther en toute proportion et est presque insoluble dans l'alcool. Les alcalis la saponifient sans la jaunir. Elle fond à 32°.

Soumise à l'analyse, cette substance m'a donné des nombres qui ne conduisent à aucune formule rationnelle, ce qu'on comprendra facilement, cette substance étant, ainsi que je m'en suis assuré, un mélange en proportions variables d'élaïdate, de margarate et peut-être aussi d'oléate de glycérine, mélange dont on ne peut pas séparer la margarine.

Soumise à la distillation, l'élaïdine donne cette substance d'une odeur si suffocante, l'acroléine de Berzélius, ainsi que de l'acide élaïdique, des carbures d'hydrogène, et probablement aussi de l'acide sébacique. Cependant la formation de ce dernier pourrait être révoquée en doute, attendu que je n'ai pu l'obtenir à l'état cristallisé; toutefois l'eau bouillante qui avait servi à épuiser le produit distillé donnait, avec les sels de plomb et de mercure, des précipités qui ressemblaient à ceux que fournit l'acide sébacique pur.

Par l'ébullition avec les alcalis, l'élaïdine se décompose en glycérine, margarate et élaïdate alcalin. Si l'on décompose à chaud, par de l'acide sulfurique ou chlorhydrique étendu, le savon ainsi obtenu, le mélange d'acides margarique et élaïdique se sépare sous forme d'une huile qui vient nager à la surface et qui se concrète et cristallise par le refroidissement. Le point de fusion de l'acide impur ainsi obtenu est de 38°,5.

En faisant cristalliser à plusieurs reprises l'acide élaïdique dans l'alcool, et en éloignant chaque fois

les portions qui cristallisaient les premières (l'acide margarique étant moins soluble que l'acide élaïdique), il m'a été impossible d'obtenir un acide dont le point de fusion fût à 44° comme l'indique M. Boudet; je l'ai trouvé constamment à 42°, et il restait le même pour toutes les cristallisations. J'en ai conclu que cet acide était pur, puisqu'il possédait identiquement le point de fusion de l'acide analysé par M. Laurent.

Partant de cette idée, j'ai préparé le sel d'argent par double décomposition. Le précipité fut recueilli sur un filtre et préservé du contact de la lumière, pendant les lavages, à l'aide d'un papier noir; il fut ensuite desséché au bain-marie.

Deux combustions de ce sel me conduisirent aux nombres suivants pour le poids atomique de l'acide : 3327 — 3316,7. Bien que ces déterminations soient parfaitement d'accord, le sel sur lequel elles avaient été faites a donné par la combustion des résultats qu'il était impossible de faire coïncider ni avec la composition de l'acide libre, ni avec la composition trouvée par M. Laurent, quoique ces résultats coïncidassent très-bien entre eux.

Il est donc évident que l'acide obtenu par le procédé indiqué n'est pas une substance pure. J'eus donc recours à un autre mode de préparation et je fis passer de l'acide hyponitrique dans de l'acide oléique. Le liquide s'est coloré fort peu, et, après y avoir fait passer le gaz pendant cinq minutes, j'ai entouré le vase d'eau froide. Au bout d'une demi-heure, l'acide oléique était complétement solidifié et cristallisé en grandes lamelles. J'ai traité la masse à plusieurs reprises avec de leau bouillante, afin d'enlever tout l'acide nitrique entraîné par le courant de gaz ou formé par la réaction de ce dernier. L'eau a pris une teinte jaune clair; sa saveur était légèrement acide. Saturée par l'ammoniaque avec beaucoup de soin, elle a donné un précipité jaune avec l'acétate de plomb, et un léger précipité blanc avec le protonitrate de mercure.

L'acide séparé de l'eau fut dissous dans son poids environ d'alcool et abandonné au repos. Le lendemain le liquide était traversé en tous sens par de belles tables nacrées. Séparés par filtrations de l'eau-mère rougeâtre et redissous dans l'alcool, ces cristaux ont été obtenus à l'état de parfaite blancheur.

Dans le cours de mes recherches, j'ai continuellement fait usage de l'acide oléique purifié par le procédé de M. Varrentrapp, et j'ai préparé l'acide élaïdique en y faisant passer des vapeurs nitreuses. L'acide élaïdique obtenu a été dissous dans l'alcool et abandonné à la cristallisation.

Préparé par cette méthode, l'acide élaïdique fond entre 44 et 45°; il se dissout avec facilité dans l'alcool, et se dépose d'une solution concentrée en cristaux superbes, ressemblant à l'acide benzoïque. Il se dissout moins bien dans l'éther. Les solutions possèdent la réaction acide.

Soumis à la distillation, l'acide élaïdique passe en partie sans s'altérer; en partie il se décompose en carbure d'hydrogène. L'acide impur donne de beaux cristaux d'acide sébacique. En distillant au contraire de l'acide élaïdique pur, et en épuisant le produit distillé par l'eau bouillante, je n'ai pu en extraire aucun produit cristallin; toutefois les sels de plomb et de mercure ont occasionné dans le liquide aqueux des précipités ressemblant à ceux que donne l'acide sébacique.

En traitant l'acide élaïdique par un grand excès de potasse, à une température élevée, on obtient un acide particulier, fusible entre 60 et 61°, et qui est identique à celui qu'a obtenu M. Varrentrapp en soumettant l'acide oléique au même traitement. Lorsque l'on fait bouillir cet acide avec des carbonates alcalins, il se produit une légère effervescence, due au dégagement d'acide carbonique, et il se forme un savon épais et limpide. Le savon de soude, dissous à chaud dans l'alcool, donne par le refroidissement des cristaux d'élaïdate neutre, d'un éclat argentin, ressemblant à l'acide libre et plus beaux que celui-ci. En dissolvant dans l'alcool l'édaïdate neutre de soude et le décomposant par une solution neutre de nitrate d'argent, on obtient un précipité blanc, volumineux, d'élaïdate de cette basse. Ce sel se dissout facilement dans l'ammoniaque. La dissolution ammoniacale, abandonnée dans un endroit frais pendant quelque temps, dépose la plus grande partie du sel d'argent à l'état de petits cristaux prismatiques de couleur blanche. Les sels de plomb et de baryte s'obtiennent, comme le sel d'argent, par double décomposition.

J'ai préparé l'éther élaïdique en faisant passer un courant de gaz chlorhydrique dans une dissolution alcoolique d'acide élaïdique; l'éther produit fut agité d'abord avec de l'eau pour enlever l'acide chlorhydrique, ensuite avec de l'alcool pour en extraire l'acide élaïdique non éthérifié, et enfin avec de l'eau pour séparer cet alcool. Desséché dans le vide, cet éther se présente sous la forme d'un liquide huileux, incolore et sans odeur à froid, et ne présentant qu'une légère odeur quand on vient à le chauffer. Il est plus léger que l'eau, insoluble dans ce véhicule, soluble au contraire dans l'alcool et l'éther. Il se décompose par la distillation.

Soumis à l'analyse, l'acide élaïdique cristallisé m'a donné des nombres qui s'accordent avec la formule

$$C^{72} H^{136} O^{7}.$$

Quatre combustions de l'élaïdate d'argent ont donné pour moyenne le nombre 3419,5 pour le poids atomique de l'acide.

L'analyse élémentaire de ce sel a fait voir que l'acide élaïdique est un acide bibasique, et que le poids atomique trouvé doit être doublé. En effet, la formule déduite de l'analyse est la suivante :

$$C^{72} H^{132} O^{5}, 2AgO.$$

La composition de l'acide anhydre serait, d'après cela,

$$C^{72} H^{132} O^{5}.$$

J'ai pareillement soumis à l'analyse les élaïdates de soude, de baryte et de plomb qui sont venus contrôler la formule précédente.

L'analyse de l'éther élaïdique m'a donné des nombres qui conduisent à la formule

$$C^{76} H^{144} O^{7},$$

qu'on peut décomposer de la manière suivante :

$$C^{32} H^{132} O^{5}, C^{4} H^{10} O + H^{2} O.$$

La grande divergence qui existe entre mes résultats et ceux de M. Laurent peut facilement s'expliquer. Ce chimiste n'a probablement point opéré avec des substances pures, tandis que toutes celles qui ont servi à mes expériences étaient pour la plupart cristallisées et ne permettent pas de douter de leur pureté. Cependant la formation de l'acide élaïdique demeure encore obscure. Il n'y a que l'acide oléique des huiles onctueuses qui fournisse de l'acide élaïdique sous l'influence des vapeurs nitreuses. L'acide margarique n'est pas modifié non plus par cet agent.

D'après M. Laurent, l'acide oléique se transformerait en acide élaïdique en s'emparant de 1 atome d'oxygène ; cette interprétation présente peu de vraisemblance, d'autant moins que la composition que ce chimiste assigne à l'acide oléique est inexacte, car il a analysé un acide soumis à la distillation, et les expériences de M. Varrentrapp ont appris qu'il se décompose dans ces circonstances.

La transformation de l'éther oléique en éther élaïdique par le deutonitrate de mercure ne saurait être citée comme un argument en faveur de cette hypothèse ; il n'est pas démontré, du reste, qu'il se produise uniquement de l'éther élaïdique aux dépens de l'oxygène de l'acide hyponitrique. En effet, en traitant par une dissolution alcoolique de potasse le produit de l'action du deutonitrate de mercure sur l'acide oléique, et décomposant cette dissolution par de l'acide chlorhydrique étendu, on obtient, il est vrai, par le refroidissement un acide concret dont la forme cristalline coïncide avec celle de l'acide élaïdique, mais en même temps cet acide est souillé d'un corps rouge particulier ; c'est précisément cette matière rouge qui, je crois, nous fournira un jour la clef de la formation de l'acide élaïdique.

(*Ibidem.*)

---

43. *Sur l'acide gras du beurre de cacao ;* par M. C. Bromeis.

M. Brandes est le premier qui ait communiqué quelques recherches sur l'acide gras du beurre de cacao. Par sa composition, cet acide diffère essentiellement des autres acides gras. MM. Pelouze et Boudet l'ont au contraire considéré comme étant identique avec l'acide élaïdique qu'on prépare artificiellement. Les résultats auxquels je suis parvenu ne s'accordent ni avec ceux de MM. Pelouze et Boudet, ni avec ceux de M. Brandes.

Pour préparer cet acide, j'ai fait usage de l'acide brut qu'on obtient en exprimant et saponifiant le beurre de cacao, et que je dois à l'obligeance de M. Simon, de Berlin.

Cet acide brut fut d'abord soumis à l'action de la presse, ce qui le débarrassa d'une petite quantité d'acide oléique qui présentait l'odeur caractéristique du beurre de cacao ; après quoi je lui fis subir deux cristallisations dans l'alcool.

Enfin, par une troisième cristallisation et en le saponifiant de nouveau, j'obtins cet acide à l'état d'une blancheur parfaite et entièrement dépourvu d'odeur. Tel qu'il avait été séparé du savon, il n'offrait aucune apparence cristalline ; il était dur, cassant et un peu diaphane sur les bords. L'acide, cristallisé cinq ou six fois dans l'alcool et épuisé par l'eau bouillante, afin d'enlever les dernières traces de ce produit, fondait exactement à la température de 55°. M. Brandes avait trouvé son point du fusion entre 25 et 27°.

L'analyse de cet acide, que je désignerai sous le nom d'*acide cocostéarique*, m'a fourni des nombres qui conduisent pour l'acide hydraté à la formule

$$C^{27} H^{54} O^{4}.$$

En décomposant une dissolution alcoolique de cocostéarate de soude par une dissolution de nitrate d'argent, on obtient un précipité qui constitue le sel d'argent. Soumis à l'analyse, il m'a donné des résultats qui s'accordent avec la formule

$$C^{27} H^{52} O^{3}, AgO ;$$

d'où il suit que l'acide anhydre doit être représenté par

$$C^{27} H^{52} O^{3}.$$

Ether cocostéarique. Ce composé s'obtient très-facilement en faisant passer jusqu'à saturation un courant de gaz chlorhydrique dans une dissolution alcoolique d'acide cocostéarique ; l'éther produit surnage le liquide. Pour l'avoir pur, on l'agite d'abord avec de l'eau, puis avec une solution étendue de carbonate de soude, et enfin on le distille ou bien on l'abandonne sur du chlorure de calcium. Ainsi obtenu, l'éther cocostéarique est parfaitement limpide et présente, comme les autres éthers des acides gras, l'odeur des pommes de reinette.

Soumis à l'analyse, ce composé m'a donné des nombres qui conduisent à la formule

$$C^{31} H^{62} O^{4},$$

qui peut se décomposer en

$$C^{27} H^{52} O^{3}, C^{4} H^{10} O.$$

Cocostearate de soude. Ce sel se prépare en saponifiant l'acide pur avec du carbonate de soude, exprimant le savon produit, dissolvant celui-ci dans l'alcool absolu et concentrant par l'évaporation. L'analyse de ce sel s'accorde avec la formule

$$C^{27} H^{52} O^{3}, NaO.$$

M. Brandes a essayé de déterminer directement la quantité d'eau contenue dans l'acide cocostéarique ; l'expérience lui a donné une fois plus d'eau que n'en contiendrait l'acide considéré comme

unibasique. Cette circonstance l'a conduit à envisager 2 atomes d'eau contenus dans l'hydrate, comme étant l'équivalent de 1 atome de base.

J'ai répété cette expérience en faisant fondre dans un tube de verre étroit de l'acide cocostéarique sec avec un excès d'oxyde de plomb bien pulvérisé, jusqu'à ce qu'il ne se condensât plus d'eau dans la partie supérieure du tube. Les résultats que j'ai obtenus, quoique s'accordant parfaitement entre eux, sont en désaccord avec ceux de M. Brandes. Les analyses précédentes conduisent directement à la formule

$$C^{27} H^{52} O^{3} + H^{2} O$$

pour l'acide du beurre de cacoa.

Cet acide, contrairement aux autres acides gras, ne paraît pas se décomposer par la distillation. Une petite quantité que j'ai distillée n'a point présenté d'odeur d'hydrogène carboné ; il ne s'est développé aucun gaz, et je n'ai observé ni la formation d'acide sébacique, ni aucune variation dans le point de fusion de l'acide employé. Ce caractère distingue essentiellement l'acide cocostéarique de l'acide élaïdique.

(*Ibidem.*)

---

44. *Sur la quantité d'acide carbonique expiré à l'état normal et dans les maladies ;* par M. Gregor.

M. Gregor a communiqué à la section chimique de l'Association britannique à Glascow, en octobre 1840, les résultats de ses recherches entreprises dans le but de reconnaître si la portion d'acide carbonique expiré par l'homme variait pendant les maladies. Il trouva que la quantité d'acide carbonique expiré à l'état normal est en moyenne 3,5 p. 100 ; ce qui s'accorde presque avec les résultats de Thomson et d'Apjohn : le premier, en effet, a trouvé 3,72, le second 3,6 p. 100 en moyenne. Dans les premières périodes de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, la proportion d'acide carbonique expiré augmente considérablement : dans la première maladie, elle s'élève jusqu'à 6 et 8 p. 100; dans les deux dernières, à 4 ou 5. p. 100. Cette augmentation s'observe pendant la période croissante de la maladie ; lorsque la guérison approche, la proportion d'acide carbonique s'affaiblit et tend vers la proportion normale. Dans les maladies cutanées chroniques, on a également observé une augmentation ; dans un cas d'ichthyose, la quantité moyenne observée a été de 7,2 p. 100. Dans le diabètes sucré, on n'a observé aucune augmentation, l'excès de carbone étant éliminé sans doute à l'état de sucre et d'urée.

(*Ibidem.*)

45. *Note sur les gaz dégagés par les plantes marines ;* par M. Aimé, professeur de physique au collége d'Alger.

Ayant eu souvent l'occasion d'observer les plantes qui croissent dans la mer, j'ai remarqué qu'elles sont ordinairement couvertes d'une grande quantité de bulles, et ce phénomène est d'autant plus visible, que l'eau est plus tranquille. Dans certaines localités, le dégagement de ces bulles est si abondant, qu'il se forme à la surface liquide une espèce d'écume semblable à celle que l'on rencontre dans les marais d'eau douce. J'ai pensé d'abord que le gaz produit était analogue à celui des marais, mais l'analyse m'ayant indiqué une composition tout autre que celle que j'avais espérée, j'ai pensé qu'il y avait là un fait qui était intéressant à connaître, et c'est son examen que je présente ici.

Le dégagement des bulles paraît avoir lieu à toutes les époques de l'année ; car je l'ai observé en hiver et en été : il dépend uniquement de la lumière. Aussi, au lever du soleil, est-il difficile de recueillir assez de gaz pour en faire l'analyse, tandis que vers le soir, si pendant la journée le ciel a été sans nuages, le nombre des bulles est considérable. Pour m'assurer que la lumière seule contribuait à leur formation, j'ai placé dans un grand vase plein d'eau de mer, que je renouvelais souvent, plusieurs plantes avec leurs racines, et j'ai reconnu qu'une exposition de quelques minutes à une vive lumière suffisait pour produire immédiatement des bulles à la surface des feuilles, et qu'un séjour suffisamment prolongé à l'obscurité les faisait disparaître. Ces plantes ont été conservées vivantes pendant deux mois, et ont constamment présenté les mêmes caractères. Pour rendre l'observation plus concluante, j'ai été plusieurs jours de suite examiner quelques touffes de plantes au bord de la mer. Après le coucher du soleil, j'enlevais toutes les bulles adhérentes en agitant les feuilles convenablement, et le lendemain matin j'allais de nouveau les observer. J'ai vu ainsi qu'il ne se produisait pas de gaz appréciable pendant la nuit, ou que celui qui était formé était immédiatement dissous dans l'eau, tandis qu'aussitôt que des rayons de lumière venaient frapper la plante un peu vivement, le dégagement de bulles avait lieu.

Toutes les variétés de plantes que j'ai examinées se couvrent de bulles à leur surface ; mais plusieurs ont en outre la propriété d'en former aussi dans leur intérieur : ce sont en général les plantes à feuilles molles, telles que les ulves, les conferves, etc.

J'ai observé aussi ces bulles intérieures, et j'ai reconnu encore que la lumière augmentait leur volume, souvent même assez pour produire une déchirure dans la feuille qui les contenait, et que l'obscurité le diminuait beaucoup, sans cependant jamais l'anéantir complétement.

En faisant l'analyse du gaz formé, j'ai trouvé des résultats différents pour celui des bulles extérieures et des bulles intérieures, pour le gaz recueilli le matin et celui recueilli le soir.

Gaz des bulles intérieures recueilli le matin avant le lever du soleil :

17 oxygène, 83 azote.

Gaz des bulles intérieures recueilli avant son coucher :

36 oxygène, 64 azote.

Gaz des bulles extérieures recueilli le matin avant le lever du soleil :

21 oxygène, 79 azote.

Gaz des bulles extérieures recueilli au soleil à 10 heures du matin :

55 oxygène, 45 azote.

Ce dernier gaz est celui qui se dégage et vient former de l'écume à la surface de l'eau quand elle n'est pas agitée ; il se produit en si grande quantité, que j'ai pu souvent en recueillir un litre en agitant les feuilles des plantes marines réparties sur 5 à 6 pieds carrés de surface horizontale.

Daprès l'inspection des nombres obtenus, il est visible que les résultats d'analyse que l'on obtient dépendent de l'heure où le gaz est recueilli, de l'état du ciel, de la saison, et probablement aussi de la latitude du lieu où l'on se trouve. Mes analyses ont été faites en Afrique, à Alger, dans les mois de juillet et d'août, qui sont dans cette localité les plus chauds de l'année.

L'eau de mer ayant, comme l'eau douce, la propriété de dissoudre l'acide carbonique, je pensai que ce gaz devait jouer son rôle dans l'aspiration et l'expiration des plantes, mais échapper à l'analyse à cause de la propriété dissolvante de l'eau.

Je pris des plantes fraîches avec leurs racines, et les plaçai dans de l'eau de mer contenue dans un flacon bien fermé. Après une exposition de douze heures à l'ombre, je reconnus que l'air du flacon renfermait une quantité notable d'acide carbonique. Je fis l'expérience inverse ; je plaçai au soleil l'appareil contenant l'acide carbonique : le dégagement des bulles augmenta beaucoup, et une portion de l'acide cabonique fut transformée en oxygène.

Pour savoir si les bulles intérieures et extérieures proviennent des gaz contenus dans l'eau ou de ceux de la plante, je mis une feuille d'ulve contenant une bulle intérieure dans un flacon d'eau de mer bouillie, après avoir convenablement lavé cette feuille dans de l'eau refroidie après son ébullition. Le flacon, ayant été soigneusement fermé, a été exposé à la lumière diffuse pendant plusieurs heures ; il ne s'est pas formé de bulles à l'extérieur de la feuille, mais la bulle intérieure a augmenté beaucoup, et est devenue deux fois et demie aussi grande qu'elle l'était avant l'expérience. Le flacon a été remis à l'obscurité pendant douze heures, et la bulle s'est réduite à la moitié à peu près de sa première longueur.

La même expérience a été répétée avec d'autres feuilles, et l'on a pu récolter des bulles extérieures ; mais pour réussir il faut agir avec des rayons de soleil directs, car si le dégagement n'est pas rapide, l'eau qui est privée d'air absorbe le gaz à mesure qu'il se forme, et les bulles sont invisibles.

Il faut remarquer que, dans les expériences précédentes, on a tenu compte de la température, et que l'on a fait en sorte de donner à l'eau le même degré de chaleur à l'ombre et au soleil.

(*Ibidem.*)

---

46. *Note de* M. Arago *sur un nouvel hygromètre de* M. Savary (1).

Cet hygromètre, suivant l'idée émise jadis par Le Roy, de Montpellier, et appliqué depuis à la construction divers instruments, conduit à la connaissance de l'état hygrométrique de l'air, en faisant connaître à quel degré la température de cet air doit être abaissée pour que la vapeur se précipite. Il consiste principalement en un thermomètre métallique roulé en spirale. Les éléments inégalement dilatable de cette courbe, sont des lames de platine et d'or soudées ensemble. Le tout est renfermé dans une très-mince boîte circulaire en platine, ayant sur le contour de sa face supérieure un petit rebord qui fait de cette face un godet susceptible de recevoir quelques gouttes de liquide. L'aiguille distinée à marquer la température est placée sous la boîte et reçoit son mouvement d'un axe qui traverse le fond inférieur par son centre. Cette aiguille est double ; l'une des deux moitiés s'arrête subitement quand on touche certaine détente. Ajoutons, pour compléter la description, qu'une très-petite ouverture, pratiquée sur le contour cylindrique de la boîte en platine, permet de voir à nu une des parties de la surface extérieure de thermomètre métallique.

C'est à la surface de cette partie mise à nu, que se précipite l'humidité de l'air, lorsque l'évaporation de quelques gouttes d'éther, déposées sur le couvercle de la mince boîte de platine, a suffisamment refroidi cette boîte et conséquemment le thermomètre qu'elle renferme. D'après la disposition adoptée par M. Savary, *toutes les parties* de son thermomètre métallique doivent avoir à très-peu près la même température. Ainsi s'avanouit la seule objection, quelque peu fondée, qui ait été faite contre les divers moyens à l'aide desquels les physiciens ont essayé de réaliser la pensée de Le Roy.

Il n'est sans doute pas besoin de dire que l'hygromètre de M. Savary se prête avec une égale facilité à l'observation de la précipitation de l'humidité atmosphérique sur la paroi en or du thermomètre métallique, et à celle de sa vaporisation.

(*Ibidem.*)

---

(1) Extrait des Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, tome XIII, n° 8, page 540.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

47. *Des variétés observées dans les symptômes de l'empoisonnement par l'opium ;* par le docteur David Skac.

Les symptômes produits par une dose vénéneuse d'opium offrent, dans la plupart des cas, une analogie frappante. L'époque de leur développement, leur caractère, leur marche, leur durée, sont si uniformes, que toute modification à ce qu'on observe ordinairement dans un cas soumis à un examen médico-légal doit porter le médecin-expert à penser que la mort a probablement été occasionnée par les causes naturelles ; il est donc de la plus haute importance d'être familiarisé avec ces variations dont l'auteur a rapporté, dans cette communication, d'assez nombreux exemples, puisés, soit dans les recueils périodiques, soit dans des observations qui lui sont propres. Nous allons indiquer sommairement quelques-uns des plus intéressants de ces faits ; car ces faits sont la vraie base de la toxicologie et de la médecine légale, qui ont été si souvent induites en erreur par les expériences sur les animaux et sur l'homme bien portant et malade.

L'époque à laquelle la stupeur apparaît à la suite de l'empoisonnement par l'opium varie suivant des circonstances connues. Ainsi, quand l'opium a été pris à l'état solide et à dose vénéneuse, il commence à agrir au bout d'une demi-heure à une heure, et pourtant, dans un cas rapporté par M. Desruelles, où 8 grammes d'opium solide avaient été pris, la stupeur était complète au bout de quinze minutes, tandis que, dans celui où la quantité de l'opium ingérée fut la plus considérable qui ait jamais été signalée (32 grammes d'opium solide), la malade put, au bout d'une heure, encore donner au médecin appelé près d'elle les détails de ce qu'elle avait fait. (*American medical recorder*, *XIII*, 418.) Lorsque le poison est pris sous forme liquide, il agit avec une bien plus grande rapidité ; ordinairement, au bout de dix ou quinze minutes, son action est déjà manifeste, et, au bout d'une demi-heure, un coma mortel a déjà commencé. Dans un cas rapporté par le docteur Cowper, le sujet fut trouvé complètement insensible au bout d'un quart d'heure, tandis que, dans un autre cas (*London medical respository, IX*, 525), le sujet qui avait pris à minuit une once de laudanum put se coucher, dormir et s'éveiller comme à l'ordinaire. En se levant, il fut pris de vomissements qui durèrent pendant toute la journée, et ne furent suivis d'aucun autre résltat fâcheux. Dans un autre cas (Ibid.), 3 onces de laudanum produisirent le même effet et sans autres accidents. On a cité des cas où l'ivresse paraît avoir retardé l'action du poison. Un ivrogne d'habitude prit un jour, sous l'influence de l'ivresse, 2 onces de laudanum, et fut pendant cinq heures sans éprouver de stupeur, et on ne put obtenir de vomissements pendant tout ce temps ; il mourut cependant des effets du narcotique. (*London med. and phys. journ.*, *XLIX*, 119.) L'auteur a rapporté, dans *l'Edinburgh medical and surgical journal*, deux cas, dans l'un desquels le sujet, après avoir pris une demi-once de laudanum, s'endormit pendant plus d'une heure, puis se leva de lui-même pour prendre à boire ; au bout de dix heures, il mourut avec tous les symptômes de l'empoisonnement par les norcotiques.

Le vomissement offre la même irrégularité que la stupeur.

Les convulsions manquent souvent et sont quelquefois accompagnées chez l'homme de délire ; elles sont ordinairement très-violentes. Dans un cas, terminé par la guérison, elles ne commencèrent que le troisième jour, et se compliquèrent de paralysie des bras, qui persista pendant quatre jours.

Dans quelques cas, on a observé de la diarrhée et de violentes coliques, et dans d'autres, la diurèse, bien que le plus souvent ce soient les effets opposés.

On rencontre assez fréquemment d'autres variétés dans l'état du pouls, de la respiration, de la physionomie, des pupilles, enfin et surtout dans l'époque de la mort, qui ordinairement arrive au bout de 7 à 12 heures ; mais il y a des cas où la vie s'est prolongée pendant 15, 17 et 24 heures, et d'autres, au contraire, où la vie s'est éteinte 5, 4 et même 3 heures après l'ingestion du poison. Dans le cas rappelé par le docteur Cowper, la mort arriva même au bout d'une heure 20 minutes, bien que le malade qui avait pris 80 grammes de solution sédative d'opium eût reçu, au bout d'un quart d'heure, les secours convenables et qu'on eût évacué l'estomac avec la pompe gastrique. Il est difficile de préciser exactement la plus petite dose qui peut donner la mort à un adulte non habitué à l'usage de l'opium ; cette préparation, qui était prise le plus fréquemment dans un but de suicide, l'est presque toujours à une dose très-élevée. Le docteur Paris pense que quatre grains peuvent causer la mort, et cette opinion est aussi celle du docteur Christison, qui a vu une personne mourir avec tous les symptômes d'un empoisonnement par les narcotiques, après avoir pris quatre grains et demi d'opium et neuf grains de camphre.

(*Edinburgh Journ. of med. Sciences.*)

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

48. *Observation d'un utérus bicorne, suivie de quelques considérations physiologiques ;* par M. Dumas, D. M. P., chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Montpellier.

« Anne-Virginie-Gertrude Maurou, épouse Calais, âgée de 3 4ans, avait eu six grossesses, dont deux s'étaient terminées par avortement du cinquième au sixième mois, lorsque le 30 décembre 1840 elle entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi ; elle fut confiée aux soins du professeur Caizergues, et atteinte, dans le courant de février 1841, d'une péritonite aiguë qui amena la mort le 15 du même mois.

« Livrée aux dissections, elle me frappa par la disposition de l'orifice vaginal, qui était garni de deux caroncules médianes, simulant une cloison dont le point d'origine était au-dessous du méat urinaire, et le point de terminaison en arrière de la fosse naviculaire. Cette disposition était d'autant plus facile à apercevoir que les grandes lèvres, peu prononcées, permettaient aux nymphes de faire saillie au dehors. Le clitoris était peu développé, la fourchette et la fosse naviculaire nulles, la commissure postérieure affaissée, élargie et sillonnée par une cicatrice de plusieurs centimètres de longueur qui se dirigeait à droite et en avant.

« Probablement entière à une certaine époque de la vie, la cloison vaginale est dans ce moment divisée en deux parties, l'une supérieure et l'autre inférieure. La première, épaisse de 3 à 4 millimètres de sa base, est plus mince vers son sommet; sa forme est triangulaire, sa hauteur et la longueur de sa base sont de 10 millimètres ; elle se continue en arrière avec la colonne vaginale supérieure. La seconde, moins grande que la précédente et triangulaire aussi, n'est haute que de 4 millimètres, et se continue en arrière avec un repli muqueux qui va joindre la colonne vaginale inférieure, à laquelle elle n'est cependant pas continue. En avant elle se prolonge en un repli muqueux de quelques millimètres d'étendue, qui se termine à gauche de la ligne médiane, et se confond avec une des caroncules myrtiformes. A 8 millimètres en haut et en dehors, mais toujours du côté gauche, il en existe une seconde. Du côté droit, je ne puis retrouver qu'un seul débris de la membrane hymen ; il est situé à 12 millimètres environ de la ligne médiane. La cicatrice dont j'ai déjà parlé a fait probablement disparaître la caroncule correspondante.

« La masse intestinale enlevée, la cavité du petit bassin se présente divisée d'avant en arrière par un pli péritonéal que j'appellerai cloison recto-vésicale. Haute de 54 millim. en avant du rectum, cette lame séreuse n'en offre que 25 en arrière de la vessie. Son bord supérieur décrit une courbe à concavité supérieure ; les bords antérieur et postérieur se dédoublent pour embrasser la vessie et le rectum.

« Des deux côtés de la cloison existent deux fosses beaucoup plus profondes en arrière qu'en avant, que séparent encore en deux autres fosses, l'une antérieure et l'autre postérieure, deux corps pyriformes, lisses, recouverts par le péritoine, et dont la grosse extrémité est dirigée en haut, en arrière et en dehors. Ces deux corps, on ne peut plus analogues à des matrices, sont accompagnés d'une trompe de Fallope, d'un ovaire, d'un ligament rond et d'un large. Les trompes et les ovaires sont très-rouges, surtout du côté droit.

« Les fosses post-utérines ou postérieures, plus larges en dedans qu'en dehors, sont occupées dans le premier sens par la saillie de l'intestin rectum ; dans le second, elles sont circonscrites par le bassin, sur lequel rampent les vaisseaux hypogastriques, utérins et les uretères.

« Les deux fosses antérieures ou præ-utérines, moins profondes et moins larges que les précédentes, sont circonscrites en avant par la vessie considérablement élargie, en arrière par les corps utérins, en dehors par les ligaments ronds : c'est dans ce dernier point que ces fosses offrent la plus grande largeur.

« Le vagin, long de 85 millimètres, en offre 27 de largeur ; sa surface est lisse et sans rides transversales, si ce n'est vers son extrémité vulvaire. Les colonnes vaginales supérieure et inférieure sont assez prononcées, surtout en avant. En arrière, ce conduit se termine en doigt de gant, et se continue avec le col de la matrice sans que ce dernier fasse saillie dans son intérieur. Quelques taches rougeâtres, alternant avec des espaces non colorés et disposés en cercle, indiquent la place du bourrelet utérin. Le museau de tanche se présente sous forme d'une fente transversale, sinueuse et longue de 6 millimètres.

« La matrice est bicorne ou bilobée. Chacune de ses divisions est pyriforme et longue de 53 millimètres, large de 31, épaisse de 25. Chacun des fonds est arrondi, les corps se rétrécissent en se rapprochant de la ligne médiane, sur laquelle ils se confondent et forment une espèce de corps horizontal. L'intervalle qui sépare les deux cornes est de 40 millimètres. Le col est long de 25 millimètres, large de 34, épais de 20.

« Les deux faces des cornes utérines sont à peu près également bombées ; l'antérieure est parcourue par une bandelette large de 4 millimètres environ, due au ligament rond qui, un peu plus prononcé qu'il ne l'est habituellement sur les matrices simples, soulève le péritoine et parcourt cette face antérieure depuis la ligne médiane jusque vers le fond. Arrivées vers l'insertion des trompes, ces bandelettes se détachent et se portent en dehors, en avant et en haut, pour passer à travers l'anneau inguinal.

« La cavité du col, sillonnée de haut en bas par des rainures superficielles qui vont se perdre à droite et à gauche dans les cavités des cornes, en offre une bien plus profonde sur la ligne médiane. Celle-ci se termine au niveau d'un éperon, résultat de l'adossement des parois utérines. La forme de cette cavité est celle d'un entonnoir légèrement

aplati d'avant en arrière; sa longueur est de 16 millimètres, sa largeur en bas de 6, en haut de 16 : c'est dans ce dernier point qu'elle communique avec les cavités des cornes.

« Chacune de ces dernières est ovalaire et colorée en gris bleuâtre, mais seulement dans la moitié supérieure; cette coloration est moins intense à gauche qu'à droite. La longueur de la cavité gauche est de 49 millimètres, à partir de l'éperon du col jusqu'à l'ouverture de la trompe correspondante; celle de la cavité droite est de 52. Leur largeur est de 10 millimètres dans le point le plus étendu. L'une et l'autre cavité se terminent supérieurement en un cône plus allongé et plus large à droite qu'à gauche, pour communiquer avec la trompe correspondante. Inférieurement, elles se réunissent dans celle du col : la gauche, après s'être considérablement rétrécie, puisqu'elle n'offre que 4 millimètres de largeur; la droite, en conservant la dimension de 10 millimètres.

« Les parois de chaque adutérum sont fermes et solides; elles offrent 12 millimètres d'épaisseur à la partie moyenne; vers le point de réunion au col, cette épaisseur n'est plus de 7 millimètres; peu à peu elle diminue encore pour se confondre avec celle des parois vaginales. Le fond, dans le voisinage de la trompe de Fallope, est encore épais de 6 à 8 millimètres.

« Les ligaments larges sont à l'état normal; les postérieurs ou de Douglas n'existent point; ils sont complétement effacés et remplacés par deux dépressions que sépare la cloison recto-vésicale; il en est de même pour les ligaments antérieurs et inférieurs.

« Les fibres qui composent les cornes sont très-prononcées, et leur tissu me paraît moins homogène que dans l'état normal. Ces fibres sont blanchâtres et assez analogues à la fibre musculaire, sauf la couleur, la densité, la résistance et la direction. Ici, en effet, les fibres crient sous le scalpel, résistent beaucoup plus que la fibre musculaire, et s'entrecroisent de manière à former un véritable feutre. En coupant ces parois, j'ai cru reconnaître plusieurs couches séparées par des vaisseaux assez volumineux.

« Des deux glandes ovariques, la droite est irrégulièrement triangulaire et rappelle la forme d'une capsule surrénale. De ses trois côtés, l'adhérent a 38 millimètres de longueur; chacun des deux autres en a 30 seulement.

« Sous la dénomination d'utérus double, les auteurs ont généralement compris les utérus bifides et bipartites; et le docteur Cassan (1) pense que cette expression est la plus satisfaisante et applicable à toutes les variétés de conformation qu'on a coutume de désigner ainsi. Pour moi, je crois devoir appeler matrice double, la seule variété d'organisation dans laquelle deux utérus, complétés par leurs annexes en nombre normal, existent chez une même femme; et je désignerai avec Lauth (1), sous les noms de biloculaires et bicornes : 1° les matrices qui ont leur cavité plus ou moins complétement séparée en deux loges distinctes par une cloison incomplète ou non; 2° celles dont le fond est divisé plus ou moins profondément par une scissure médiane.

« Les cas d'utérus réellement double sont excessivement rares, et je n'en trouve qu'un exemple dans le supplément au Dictionnaire des sciences, des arts et des métiers. L'auteur de l'article *Jeux de la nature* (2) a vu, dit-il, chez une fille de qualité, deux vagins, deux utérus, quatre trompes de Fallope, quatre ovaires. Ces utérus avaient leur structure naturelle, et les plis calleux de leurs corps parfaits.

« Dans tous les autres faits connus et communément désignés sous le nom d'utérus double, il n'y a en réalité que les éléments d'une seule matrice, qui sont tantôt isolés complétement à droite et à gauche, comme l'a observé Saviard (3), en 1692, chez une petite fille dont les deux petites demi-matrices avaient chacune leur vagin distinct : ceux-ci se réunissaient dans une poche commune qui n'était qu'une dilatation du rectum. L'une et l'autre se présentaient sous forme de petits canaux que l'on voyait se soulever par l'insufflation jusqu'à la distance d'un bon travers de doigt. A cette disposition se rattache l'exemple de Chaussier (4), dans lequel la matrice était réduite à sa moitié droite, accompagnée d'une seule trompe et d'un seul ovaire.

« A un degré plus élevé, nous trouvons deux cornes distinctes et isolées s'ouvrant dans un vagin (5), puis toute la série des utérus bicornes à différents degrés, dans laquelle la division du corps utérin se prolonge tantôt jusqu'au col, tantôt ne s'éloigne que peu du fond de l'organe; et tandis que dans quelques circonstances une cloison, faisant suite à la scissure, sépare le col et le vagin en deux cavités distinctes, on voit, d'autres fois, un col uniloculaire, un vagin unique ou cloisonné à différentes hauteurs et dans une étendue variable, faire suite à un utérus bilobé.

« Dans les cas d'utérus bicavitaires, qui se rapprochent davantage de la disposition normale que les précédents, et dans lesquels les parties constitutives se pénètrent, s'harmonisent de plus en plus, on trouve la cloison tantôt complète et s'étendant même au-dessous du col utérin, tantôt n'étant que partielle, de sorte que le col ou même une partie du corps offre une seule cavité; quelquefois aussi le vagin est unique, cloisonné en partie ou dans toute son étendue.

« Enfin, une dernière disposition de duplicité

(1) Recherches sur les utérus doubles et la superfétation. Thèse de Paris, 1826, n° 43, page 5.

(1) Répertoire gén. d'anat., de physiol. pathol. et de clin. chir., tom. V, page 99.

(2) Tom. III, page 552.

(3) Nouv. rec. d'obs. chir. Paris, 1702, obs. 94, p. 397.

(4) Bull. de la Soc. de la Faculté de méd. 1817, p. 437.

(5) Palfyn, Description anatomique des parties de la femme qui servent à la génération; extrait dans Acta eruditorum, sept. 1708, page 414. — Sue, Histoire de l'Académie des sciences, année 1746, page 43.

pour la cavité utérine est celle dans laquelle une sorte de bourrelet annulaire plus ou moins volumineux (1) la sépare en deux portions distinctes, une inférieure et une supérieure, antérieure et postérieure de M. Mayer.

« Comme offrant la plus grande analogie avec cette dernière disposition, je rappellerai celle que M. Mayer (2) signale comme très-commune chez les femmes âgées de quatre-vingts ans ou plus. Cet anatomiste a rencontré, en effet, une cloison transversale qui correspond au point où la cavité du col communique avec celle du corps de la matrice, ainsi divisé en deux cavités complètes, une antérieure et une postérieure. Il forme de cette anomalie sa première espèce d'utérus double, sous le nom d'*utérus bicameratus vetularum*.

« Il admet ensuite trois autres espèces qu'il appelle *biloculaires*, *bicornes* et *bipartites*. Cette dernière offre ceci de remarquable dans les deux faits qu'y rapporte le professeur de Bonn, que les deux corps représentant la matrice étaient creusés de cavités propres, qui ne communiquaient ni entre elles, ni avec le vagin.

« Le premier cas fut observé chez une vieille fille de cinquante-trois ans, dont l'utérus était formé de deux parties, chacune du volume d'un testicule, avec cavité intérieure, et qui étaient réunies par une bande tranversale celluloso-fibreuse, sans cavité aucune. Le vagin était très-court et se terminait en cul-de-sac.

« Dans le second cas, chaque division de l'utérus avait une cavité propre qui se continuait supérieurement dans la trompe, mais qui était occluse par en bas; une légère trace de vagin existait à gauche. Ces états organiques sommairement remémorés, je passe à l'étude des actes physiologiques, sur lesquels j'ai pour but d'appeler plus spécialement l'attention.

« Comme il est facile de l'entrevoir, les seconde et troisième espèces d'utérus double de Mayer vont surtout nous occuper ici; car la première ne saurait nous offrir de l'intérêt, puisqu'on ne l'observe qu'à une époque où les fonctions utérines sont bornées à la simple nutrition, et que, comme l'observe M. Kuhn, traducteur de l'article de M. Mayer, on devrait bien plutôt la considérer comme une lésion accidentelle due à une phlegmasie adhésive, que comme un vice de développement ou une difformité.

« La quatrième espèce devra nécessairement amener l'apparition de tous les accidents qui accompagnent l'accumulation du sang des menstrues, lors d'imperforation si souvent observée, soit de la matrice, soit du vagin; je me bornerai à l'indiquer.

« Il n'en sera pas de même pour les faits relatifs aux utérus bicornes et biloculaires, dont je vais tâcher d'apprécier l'état fonctionnel.

« Dans sa thèse inaugurale (3), le docteur Cassan, de Saint-Germain, après s'être demandé si les menstrues fluaient chez les femmes à matrice double dont une seule des cavités était fécondée, répond par la négative, et s'appuie sur le fait observé par Canestrini, d'une femme hongroise morte subitement au quatrième mois de la gestation dans un utérus surnuméraire, et chez laquelle les règles, ordinairement abondantes, n'avaient point paru (1).

« Serait-on d'ailleurs dans un doute complet à cet « égard, ajoute-t-il, je ne voudrais d'autres preuves « de la suppression des menstrues, que la non « sécrétion des lochies et du lait après l'expulsion « d'un premier fœtus, lorsqu'il en reste un second « dans un lobe utérin opposé, ou même dans une « matrice simple. Ce qui se passe dans ce cas où les « règles ne reparaissent pas, prouve assez que *les « deux lobes utérins s'influencent réciproquement, et que le lobe vide est toujours sous l'influence immédiate de celui qui contient un produit fœtal*. Enfin, les anastomoses d'un lobe à « l'autre ne permettent pas de concevoir un isolement de fonctions du système circulatoire de la « portion droite et de la portion gauche; c'est ce « que met en évidence le fait suivant :

« Lorsqu'un fœtus est contenu dans une matrice « double, le lobe vide prend *toujours* un développement relatif à l'accroissement considérable de « nutrition qu'il acquiert.

« Par les mêmes raisons, nous nous garderons « bien de conclure, avec quelques auteurs, qu'une « femme peut être fortement soupçonnée d'avoir « un utérus double, lorsqu'elle continue d'être « réglée pendant sa gestation. »

Tout en acceptant cette dernière proposition, car je crois, avec le docteur Cassan, qu'elle serait souvent hasardée et démentie par l'observation, je ne saurais admettre la plupart de celles qui précèdent.

» Pour prouver, en effet, l'absence des monstres lors de grossesse partielle dans un utérus bicorne, cet auteur s'appuie d'abord sur le fait observé par Canestrini.

« A cette première observation, dont je discuterai plus tard la valeur, je vais joindre celle qu'a recueillie M. Dance (3), et dans laquelle la suppression des menstrues eut réellement lieu longtemps avant que les personnes de l'art eussent pu constater la grossesse. En regard de cette observation, je placerai toutefois celle de Dionis (1), dans laquelle le flux sanguin s'est conservé jusqu'au cinquième mois, comme l'indique M. Cassan lui-même (4), avant de mentionner l'observation de Canestrini.

« Dans ce mémoire, plein d'intérêt, Dionis nous apprend qu'une femme, âgée de vingt ans, enceinte depuis deux mois, doutait de sa grossesse parce que les menstrues fluaient comme à l'ordinaire.

---

(1) Martin, Revue médicale, 1826, tom. III, page 51

(2) Bulletin des sciences médicales de Férussac, 1830, tom. XXII, page 41.

(3) Loc. cit., page 19.

(1) Canestrini, Historiæ de utero duplici. August. vindelicorum, 1788, page 25.

(2) Archiv. génér. de méd., année 1829, tome XX, page. 540.

(3) Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire. Privé du mémoire original, je l'ai trouvé traduit en latin dans les Ephémér. des curiosités de la nature. Decur. II, ann. II, page 477 et seq.

(4) Loc. cit., page 15.

Toutefois, les symptômes rationnels de la gestation se prononçant de plus en plus, elle ne conserva plus de doutes, lorsque, vers le quatrième mois et demi, elle perçut les mouvements de l'enfant. Au cinquième mois seulement les menstrues cessèrent de couler et furent remplacées par le suintement d'une matière séreuse.

« Dès lors le volume du ventre augmenta, et les mouvements de l'enfant devinrent de plus en plus sensibles. Tout à coup, le 5 juin 1681, elle fut atteinte de douleurs violentes analogues à celles d'une femme en couches, qui ne cédèrent à aucune médication et qui amenèrent la mort au bout de douze jours.

« A l'autopsie, on trouva un fœtus couché en travers sur le tube digestif; en haut et à gauche de la cavité abdominale, un corps rond assez grand pour recevoir l'enfant, et qui, pourvu de ses annexes utérins, était déchiré dans une grande étendue. A droite et au milieu de l'hypogastre existait un autre corps plus petit, dont la forme était celle d'un utérus plus volumineux qu'à l'état de vacuité. Ces deux corps repésentaient la matrice et se continuaient en un seul col; l'intérieur du lobe droit était occupé par une môle.

« Il est à noter, observe Dionis (1), que cette « femme eut ses mois pendant tout le temps que la « cavité gauche fut occupée par l'enfant; mais dès « que la cavité droite fut occupée par une môle, « ce qui arriva du quatrième au cinquième mois de « de l'imprégnation, cette évacuation cessa. »

« En rapportant ce fait, Louis (2) croit pouvoir expliquer la suspension des menstrues par l'augmentation du volume de l'adutérum fécondé, qui a dû comprimer et oblitérer en quelque sorte la cavité vide (3). Le développement de la môle me paraît bien mieux expliquer la disparition de cette évacuation.

« Le fait que je viens de rapporter avec quelques détails me paraît contre-balancer assez l'observation de M. Dance, pour que je ne croie pas devoir conclure, à l'exemple de M. Cassan, à la suppression *nécessaire* des menstrues lors d'utérus biloculaire ou bicorne fécondé seulement d'un côté. De plus, le fait rapporté par Canestrini, et qui a pu seul être invoqué par l'auteur des recherches sur les utérus doubles et la superfétation, ne me paraît pas avoir toute la portée que ce dernier veut bien lui accorder, puisque les détails anatomiques, donnés par Canestrini lui-même, ainsi que la figure qu'il a eu soin d'ajouter à son mémoire, permettent de reconnaître qu'une disposition organique tout exceptionnelle, même dans les cas d'utérus bilobé, s'est opposée à l'écoulement du sang, au moins pendant les premières grossesses.

(1) Page 482.

(2) Examen comparatif de plusieurs observ. anatom. sur des matrices doubles dans l'espèce humaine, lu à l'Académ. roy. de chirurg., 15 avril 1790, et imprimé par les soins de M. Dezeimeris, Archiv. génér. de méd. 1836, t. XI, IIe sér., page 137.

(3) Ibid., page 144.

« En effet, l'utérus était ici constitué par deux cornes, dont la gauche, longue de 162 millim., large de 108 millim. vers son fond, de 67 mill. inférieurement, et épaisse de 12 millim., faisait suite, et cela directement, au col qui s'ouvrait directement aussi dans le vagin.

« A 27 millim. au dessus de l'extrémité vaginale de ce col et du côté droit, s'insérait la seconde corne, longue de 94 millim., large de 67 vers le fond et de 13 seulement en bas. L'épaisseur des parois était égale inférieurement à celle du petit doigt, et n'était plus que du quart vers le fond, où existait une déchirure de 40 millim. environ d'étendue.

« Inférieurement, cette corne n'offrait ni vagin, ni orifice, et se terminait sous forme d'un ligament rond, ou d'un pédoncule long de deux travers de doigt, épais comme le doigt auriculaire, et sur la coupe duquel on apercevait deux petites ouvertures dans lesquelles ne pouvait pénétrer un stylet qu'avait reçu la trompe de Fallope correspondante. Ces deux pertuis conduisaient dans deux petits canaux qui pénétraient dans l'adutérum droit, et dont l'un allait, par son autre extrémité, s'ouvrir dans le col utérin à 27 millim. au dessus de son orifice vaginal, tandis que le second se terminait à droite du bourrelet du col et dans le point où il est embrassé par le vagin. L'un et l'autre de ces conduits ne purent être parcourus qu'avec peine par une soie de porc.

« Cette disposition anatomique connue, il est on ne peut plus facile de comprendre la suppression des menstrues pendant les deux premières grosses, qui, on ne saurait en douter, vu les accidents qui ont accompagné la troisième, avaient leur siége dans la corne gauche, ou, comme le dit Canestrini, dans la grande matrice. La ténuité des conduits qui faisaient communiquer la cavité droite avec le col ou avec le vagin, était telle, en effet, qu'il y avait impossibilité physique à l'émission du sang exhalé, ce qui ne saurait avoir lieu lors de communication égale du col ou à peu près égale des deux côtés avec chaque corne; disposition qui est la plus habituelle.

« Dans la troisième grossesse afin, alors que la fécondation s'est opérée dans le lobe droit, la corne gauche est devenue le siége d'un état morbide, puisque, comme l'observe Canestrini (1), les dimensions de cette matrice étaient supérieures à celles de l'utérus d'une femme qui n'est pas enceinte, mais qui a déjà enfanté, et cette disproportion tenait à une véritable hydrométrie, puisque six cuillerées d'un liquide gélatineux en occupaient la cavité. Il est facile de comprendre dès lors pourquoi les menstrues se sont encore supprimées dans ce cas; il s'est passé ici, en effet, et probablement dès le moment même de la conception, ce qui, dans l'observation de Dionis, n'a eu lieu que vers le quatrième mois de la grossesse; c'est-à-dire que le lobe non fécondé est devenu le siége d'un état morbide qui a dû nécessairement empêcher la fonction normale de s'exercer.

« La persistance du flux menstruel, observée dans

(1) Page 42.

des cas de grossesse où l'utérus était simple, ne pourrait-elle pas faire rapporter à la corne fécondée l'exhalation sanguine dont parle Dionis? L'observation que j'ai sous les yeux ne permet point d'admettre cette explication, car il résulte des détails ultérieurs que le lobe gauche, celui qui contenait le fœtus, n'offrait aucun moyen de communication un peu étendu avec le lobe droit ou le canal qui y conduisait.

« Il restait, en effet, dit l'auteur, à connaître si « ces deux corps communiquaient entre eux; pour « m'en convaincre, j'incisai d'abord la cavité dans « laquelle était l'enfant, et cela depuis son fond « jusqu'à son insertion au col de la matrice; « et je ne trouvai aucune ouverture étendue, ni une « communication dans l'orifice interne ou dans le « vagin. » De cette particularité, Dionis conclut que la cavité droite était la cavité utérine naturelle, et que la gauche était une cavité surabondante.

« La simple inspection de la planche qui accompagne le mémoire de Dionis fait reconnaître que la cavité qui contenait l'enfant était une véritable corne utérine munie de ses annexes, et s'il n'existait pas de communication étendue entre elle et la corne droite, ou leur canal commun, c'est que Dionis ne l'aura pu rencontrer au milieu du désordre des parties, ou qu'il y avait occlusion, comme l'ont observé les accoucheurs, même dans les cas d'utérus simple fécondé (1).

« Du reste, la première opinion serait d'autant plus admissible que, dans le cas recueilli par Canestrini, cet auteur a eu toutes les peines du monde à retrouver le moyen de communication du lobe fécondé avec le col utérin et avec le vagin.

« La supposition dans laquelle on rapporterait l'écoulement aux parois vaginales (2) ne serait pas plus admissible que la précédente, puisque les menstrues n'ont duré que tout juste le temps pendant lequel le lobe droit était libre, et que, du moment où il est devenu le siége de développement d'une môle, il y a eu suppression, coïncidence qui n'aurait probablement pas eu lieu si la muqueuse vaginale eût été le point de départ de l'écoulement observé jusqu'alors.

« La seconde série de preuves invoquées par le docteur Cassan, repose surtout sur la dépendance des lobes utérins entre eux et l'influence du lobe utérin fécondé sur celui qui ne l'est pas. M. I.-G. Saint-Hilaire partage d'ailleurs cette opinion, puisqu'il dit, dans son Traité de tératologie (3): « On sait aussi, que lorsqu'une seule des « deux matrices contient un fœtus, la matrice restée « vide acquiert un volume plus considérable et suit « véritablement dans son développement celle qui « renferme le fœtus. » A cette opinion se rattache Meckel, lorsque, dans son Anatomie pathologique, il dit: « Il est remarquable que, lors même qu'une « seule corne de la matrice renferme un germe fé- « condé, l'autre semble se développer d'une manière « analogue à celle dont se développe la matrice « dans les cas de grossesse extra-utérine. Purcell, « ajout-t-il, ne signale point ce fait; mais les autres « observateurs disent *tous* que la corne fécondée « contenait une môle, nom que les anciens avaient « donné à la membrane caduque qu'on rencontre « dans la matrice dans les cas de grossesse extra- « utérine (1). »

« Malgré le soin que j'ai mis à recueillir tous les faits d'utérus bicorne, je n'ai trouvé que deux cas, ceux de Forlan et de Dionis, dans lesquels il fut question d'une môle développée dans le lobe non fécondé, et Meckel me paraît susceptible d'induire à erreur, lorsqu'il présente ce fait comme signalé par tous les observateurs autres que C. Purcell.

« A l'état normal, je le sais, les diverses parties des organes génitaux sont tellement solidaires les unes des autres chez la femme, que les phénomènes qui se passent dans une des dépendances de l'utérus, par exemple, retentissent dans l'organe lui-même: c'est ainsi que l'on a vu la menstruation supprimée dans des cas de grossesse ventrale, ovarique, tubaire ou interstitielle, et la caduque s'organiser, l'utérus se développer même comme dans les premiers temps de la grossesse vraie. Mais en est-il de même au milieu des conditions organiques nouvelles dont je cherche à apprécier la portée; et les fonctions s'exercent-elles ici selon leur rhythme ordinaire? Les faits sont là pour prouver qu'il n'en est point ainsi; et dans aucun cas de grossesse partielle lors d'utérus bicorne ou bicavitaire, il n'est question de cette simultanéité de développement des deux portions utérines, si ce n'est dans ceux où le lobe non fécondé était le siége d'un état morbide (2).

« Ainsi, C. Purcell (3) trouva chez une femme morte en couches une matrice contenant un enfant à terme. Cet organe n'avait qu'un seul ovaire, qu'une seule trompe de Fallope, et à son côté gauche existait une seconde matrice, non développée, qui faisait suite à la trompe et à l'ovaire gauche. Ces deux utérus étaient séparés par une cloison telle, que leurs cavités ne communiquaient que dans le col.

« A Heidelberg, dit Tiedmann (4), une femme, sur

---

(1) Gazette méd. 1838, page 714. — Velpeau, tom. II, page 217. — Hatin, page 202 et 203 — Journ. univers. des sc. méd., tom. XVI, page 335. — Madame Lachapelle, t. III, page 301.

(2) Van-Swieten, Comm. § 1284. — Hoffmann, Méd. rat. et systém., tom. IV, par. 3, cap. IX, 623. — Haller, Élém. de physio., tom. VII, prat. II, page 147. — Burdach, Traité de physiol., tom. I, page 285.

(3) Tom. I, page 733.

(1) Je dois la traduction de ce passage de Meckel, ainsi que de plusieurs autres du même auteur, à la complaisance de M. Hermann, professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg, que je m'empresse de remercier aujourd'hui de toutes les bontés dont il m'a comblé.

(2) Forlan, Comment. de reb. in scient. natur. et medic. gestis. Leipsick, 1765, tom. XVII, Ire partie, page 51. — Comment. Leips., 1771, tom, XVII, page 51. — Dionis, loc. cit. — Canestrini, loc. cit.

(3) Comment. de reb. in scient. natur. et medic. gestis. Leipsick, 1765, tom. XXI, Ire partie, page 123.

(4) Journ. complém. du Dict. des scienc. méd., t. VI, page 371.

le point d'accoucher, offrit deux vagins et deux utérus. Des deux orifices utérins, le gauche était volumineux, large, et ressemblait à une grande fente transversale, à bords rugueux et inégaux; « le droit « n'était qu'une petite fente étroite et fermée; à « bords tout à fait plats, comme chez une femme « qui n'a point eu d'enfants (1). » Les deux matrices, réunies par leur milieu, étaient séparées par une cloison intérieure qui isolait complétement leurs cavités. « La droite était ovalaire et sa masse n'éga- « lait pas celle de l'utérus d'une femme bien con- « stituée qui n'est point enceinte. » La gauche, huit fois plus grosse et ovalaire, à parois épaisses, présentait la structure d'un utérus dans l'état de grossesse ou après.

« En 1824, MM. Jouvet et Garnier, médecins à Angers, observèrent, chez une femme morte après un accouchement pénible, une double matrice, dont le lobe droit, long de 162 millim. environ et large de 108, avait des parois épaisses, comme on l'observe ordinairement quelques jours après l'accouchement, tandis que le « lobe gauche n'avait que 81 « mill. de longueur et 54 de largeur (2). »

« En 1828, M. Dance (3), ayant pratiqué à l'Hôtel-Dieu l'autopsie d'une fille âgée de 34 ans, morte à la suite d'un avortement qui eut lieu vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse, observa que le lobe droit, contenant le fœtus, était long de 95 millim., large de 67, épais de 6 dans sa partie supérieure et de 27 inférieurement. Le lobe gauche n'avait que 67 millim. de longueur, 40 de largeur, et 13 d'épaisseur.

« Enfin, dans ses belles planches d'anatomie pathologique du corps humain, M. Cruveilhier (4) a représenté, sous les fig. 2 et 2', un utérus provenant d'une femme accouchée depuis six semaines d'un enfant viable. La division gauche est très-considérable et présente tous les caractères extérieurs d'un utérus récemment délivré, tandis que la division « droite est très-petite et semblable à un utérus « étranger au travail de la grossesse. L'épaisseur, « la mollesse des parois et la capacité de la division « gauche, contrastaient avec la densité, le peu « d'épaisseur des parois et la petite cavité de la divi- « sion droite (*fig.* 2'). »

« Ce fait, ajoute M. Cruveilhier (5), prouve que « les deux lobes de l'utérus bifide ne sont pas né- « cessairement solidaires, et que le lobe vide ne « prend pas toujours un développement proportion- « nel à celui du lobe qui contient le produit de la « conception. »

« La conclusion tirée par le professeur de Paris me paraît on ne peut plus logique, et le fait qui la motive, rapproché de ceux observés par Purcell, Tiedmann, Jouvet et Dance, combat de la manière la plus concluante, il me semble, les propositions de MM. Cassan, I.-G. de Saint-Hilaire et Meckel. La portée de l'observation de Tiedmann est d'autant plus grande d'ailleurs, qu'il s'agit d'une matrice seulement bicavitaire et dont les parties devaient être par conséquent moins indépendantes l'une de l'autre que si elles eussent appartenu à un utérus bicorne. Cette proposition, dont la vérité est si clairement démontrée par les faits que je viens de mentionner, l'est encore par ce qui a lieu chez certains animaux à utérus bicornes. C'est ainsi que dans le mémoire *De formato fœtu* de Fabrice d'Aquapendente (*Pl.* XXX, *fig.* 54), je trouve le dessin d'une matrice de cochon d'inde dont une des cornes, la gauche, est développée et occupée par trois ou quatre fœtus, tandis que la droite est à l'état de vacuité la plus complète et paraît n'avoir acquis aucun volume nouveau.

« Enfin, la *Pl.* XX du *Traité élémentaire d'anatomie comparée* de Carus, nous représente, sous la *fig.* XVI, un utérus plein d'une vache au commencement de la seconde moitié de la gestation. L'une des cornes, la prolifère, est très-développée, tandis que la vide est très-petite; et cependant chez ces animaux une portion des membranes de l'œuf pénètre dans la corne non fécondée, qui, dans le dessin que je cite, se trouve encore comme dans l'état de vacuité. Ces n'est donc qu'à une époque plus avancée de la gestation que la corne vide se tuméfie, comme le dit Burdach (1), chez les vaches et les brebis.

« L'indépendance des deux lobes utérins étant démontrée d'une manière aussi péremptoire, la conséquence tirée de leur subjection, c'est-à-dire, la suppression *nécessaire* des menstrues dans les cas de fécondation d'une des cornes ou cavités utérines, est bien moins rigoureuse, et l'observation de Dionis en acquiert nécessairement une nouvelle portée. Il n'est pas, enfin, jusqu'à la preuve tirée de la non exhalation des lochies, lorsqu'après l'expulsion d'un premier fœtus il en reste un second dans le lobe opposé, qui ne soit ébranlée, puisque cette preuve repose elle-même sur la dépendance admise *à priori* des deux adutérum. A l'opinion de M. Cassan, je puis d'ailleurs opposer un passage de Granel (2), qui dit : « Le lobe le premier fécondé chasse le « fœtus le premier, et, débarrassé de la masse qu'il « contenait, il se contracte, les *lochies coulent* et « le lobe revient à son premier état. Dans les utérus « bicavitaires il en est de même. »

« Le cas de double utérus et de double grossesse, observé par le docteur Geis, vient entièrement à l'appui de ce que dit Granel de la contraction subite du lobe débarrassé. En effet, après la sortie des deux enfants venus à la distance d'une heure environ, cet accoucheur, voyant que la délivrance ne s'opérait pas, porta la main dans l'utérus et put se convaincre que cet organe était double; et lorsque le

(1) Comme opposition à ce fait, je dois rappeler celui de Froriep (Burdach, t. IV, p. 230), dans lequel l'orifice du lobe non fécondé se dilata en même temps que celui de la matrice qui renfermait l'embryon.

(2) Archiv. génér. de méd. 1823.

(3) Loc. cit.

(4) Liv. IV, Pl. V. Maladies de l'utérus (voy. fig. VII).

(5) Ibid. tom. I, page 4.

(1) Traité de phys., tom. II, page 138.

(2) Halleri, disput. anatom. selectarum, 1750, tom. V, page 361.

placenta du premier enfant se détacha, il vit l'utérus droit se contracter aussitôt avec vigueur. Le placenta gauche se sépara plus tard, et l'utérus de ce côté ne se contracta que faiblement (1).

Cette différence dans la contraction des deux parties d'un même organe ne semble-t-elle pas indiquer que, quoique soumises aux mêmes influences, elles se sont développées cependant à des conditions différentes et chacune à leur manière?

« Cherchant à prouver ce qu'il a avancé, M. Cassan, il est vrai, s'appuie sur ce que, lors de grossesse double dans une matrice simple, les lochies ne fluent pas si un des fœtus reste dans le corps utérin; mais comment admettre que ce qui a lieu dans un utérus simple se passe nécessairement dans un utérus bicorne? Ce qui est facilement explicable dans un cas n'est pas inévitablement admissible dans l'autre. Supposons, en effet, que deux fœtus sont renfermés dans une même matrice, cette dernière se trouvera dans les conditions d'un utérus fécondé jusqu'à l'expulsion complète des produits de la conception, et les lochies ne sauraient avoir lieu, du moins en théorie. De plus, après la sortie du premier fœtus, la matrice revient sur elle-même, s'applique exactement sur les enveloppes du second, et de cette exacte application des parois utérines sur les membranes fœtales, résulte, il me semble, une compression soutenue qui doit mettre obstacle à toute exhalation sanguine.

« Toutefois, Lamotte (2) parle d'une femme qui « accoucha d'un premier enfant le 17 février 1714, « et chez laquelle, quatre jours après, quoique les « vidanges eussent coulé sans interruption; son « doigt, introduit dans la matrice, reconnut la « présence de membranes qu'il ouvrit et desquelles « il tira un très-petit enfant bien vivant. Il ajoute « (*Ibid.* p. 92), qu'il n'aurait pu croire à la pré- « sence de ce second fœtus, parce qu'il avait vidé « la matrice lors du premier accouchement, et que « les vidanges coulaient convenablement en rouge « et sans odeur. »

« Ce fait, qui démontre la possibilité de l'écoulement lochial, même lorsqu'un fœtus reste dans une matrice simple, rend encore bien plus probable l'existence de cette exhalation dans les cas d'utérus bicorne. Ici, en effet, dès qu'une des cavités devient libre, elle doit se débarrasser de l'excès de sang dont ses parois sont imbibées, et les sinus utérins le laisser échapper, et cela en vertu même de cette indépendance que les faits nous ont démontrée, et que ne sauraient détruire les preuves tirées de l'anastomose des vaisseaux des deux côtés du corps.

« De ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

« 1° Que l'évacuation menstruelle peut continuer d'avoir lieu dans un adutérum vide pendant l'existence d'un embryon dans l'autre lobe utérin;

« 2° Que les deux lobes utérins sont loin de s'influencer réciproquement, au point que le lobe vide soit *toujours* sous l'influence immédiate de celui qui contient un produit fœtal. »

« Déjà, dans ce qui précède, j'ai soulevé des questions relatives à la grossesse; il me reste encore à envisager une série de faits qui s'y rattachent d'une manière non moins intime. Ainsi, par exemple, une femme à utérus bicavitaire ou bicorne, avec double vagin et double museau de tanche, pourra être regardée comme enceinte ou comme vierge, selon que le doigt explorateur pénétrera dans le vagin correspondant à l'utérus fécondé, ou à celui qui est vide. Le fait rapporté par Tiedmann (1) ne laisse aucun doute à cet égard.

« La femme, sujet de l'observation, étant en effet arrivée à l'hôpital à une époque voisine de l'accouchement, le docteur Mai reconnut que l'orifice utérin était déjà dilaté, tandis que le docteur Fischer, sentant l'orifice fermé comme chez une vierge, conclut à une tumeur abdominale, due à une grossesse extra-utérine.

« Un nouvel examen fit reconnaître que, tandis que le premier avait pratiqué le toucher du côté gauche, le second l'avait, au contraire, pratiqué du côté droit. L'accouchement, survenu peu de temps après et sans difficulté, ne permit pas de méconnaître, d'ailleurs, l'exactitude du diagnostic du docteur Mai; et l'autopsie, en montrant que l'orifice utérin gauche était fermé, expliqua l'opinion du docteur Fischer.

« Un fait analogue a été observé, en 1824, par le docteur West, alors interne de la maison d'accouchements à Paris. La femme, qui avait dix-huit ans, était enceinte pour la première fois; et des deux sages-femmes qui la touchèrent au commencement du travail, l'une déclara que le col n'était pas encore tout à fait effacé, l'autre, que l'orifice présentait 23 millimètres de dilatation (2).

« La femme ainsi conformée peut donc devenir enceinte, tout en conservant les apparences de la virginité; être en même temps enceinte et en couches, ce qui constitue la superfétation. On comprend, en effet, comme le dit Eisemmann (3), que si, lors d'un coït dans le vagin du côté droit, pendant les premiers jours d'avril par exemple, un ovule est fécondé dans l'ovaire droit, reçu par la trompe correspondante et conduit dans la cavité adutérine droite, où il se développera, de seconds rapports, opérés trois mois après, pourront amener la fécondation d'un ovule développé dans l'ovaire gauche, et qui parcourra ses diverses évolutions dans le lobe utérin correspondant. Dès lors, et en supposant que chacun des fœtus parcoure la période normale de neuf mois de vie intra-utérine, la naissance du premier enfant aura lieu dans les premiers jours de décembre, tandis que le second ne naîtra que dans les premiers jours de mars.

« Une seule observation que je crois devoir ajouter ici, c'est que grâce à l'indépendance ci-dessus

(1) Férussac, Bullet. des sc. méd., 1829, t. XVI, p. 61.
(2) Traité de la génération et de la superfétation, p. 88.

(1) Loc. cit.
(2) Cassan, loc. cit., p. 27.
(3) Quatuor tabulæ uteri duplicis observ. rariorem sistentes. Argent. 1752.

démontrée des lobes utérins et à l'état de liberté de l'orifice inférieur du lobe non fécondé, dans les cas même de col uniloculaire (1), la superfétation ne saurait pas avoir lieu seulement dans les cas mentionnés par les auteurs. Ces cas sont bornés, en effet, aux trois suivants : 1° un utérus double; 2° un coït fécondant avant que l'ovule n'occupe déjà la matrice; 3° une conception nouvelle pendant l'existence d'un fœtus extra-utérin. En dehors de ces cas, ajoute le docteur Cassan, il n'y a jamais eu de superfétation (2). Je dois rappeler ici que, pour M. Cassan, les mots utérus double entraînent l'idée d'un double adutérum, d'un double col et d'un double museau de tanche. Cette manière de voir résulte de ce qu'il dit à la page 33 de son travail, dans laquelle, exagérant la proposition d'Hartmann, que la superfetation est moins facile si la cloison ne parcourt pas tout le col et ne forme pas un double orifice utérin (3), il cherche à prouver que dans les cas d'utérus bicavitaire ou bicorne, mais à col uniloculaire, la superfétation est impossible.

« A l'appui de sa proposition, le docteur de Saint-Germain invoque ses recherches faites avec Mme Boivin sur un grand nombre d'utérus de différents animaux à l'etat de réplétion, et dans lesquels il a vu la coque membraneuse de l'œuf occuper la totalité des deux cornes, et non pas l'une d'elles seulement. Ce résultat s'observe, il est vrai, chez les ruminants, et c'est seulement chez eux qu'ont été faites les recherches invoquées; mais si on les eût étendues aux carnassiers et à certains rongeurs, on aurait pu facilement se convaincre que les œufs ne parvenaient jamais dans la cavité commune, mais demeuraient dans les cavités séparées (4).

« D'un autre côté, il me suffira, pour démontrer la fausseté de cette opinion appliquée à la femme, de rappeler ici les faits observés par Canestrini, Dionis, MM. Jouvet et Garnier. Dans ces cas, en effet, la matrice était bicorne; le col uniloculaire et les dépendances de l'œuf ne s'étendaient point dans les deux lobes, mais occupaient seulement celui qui était fécondé; et si les cas de Canestrini et de Dionis pouvaient laisser quelque doute à cause de l'occlusion de la corne contenant le fœtus du second, et de la petitesse des voies de communication de cette même corne avec le col ou le vagin du premier, il n'en sera pas de même de ceux observés par MM. Jouvet et Garnier d'Angers. Dans ce cas, le doigt de l'accoucheur, introduit au moment de l'accouchement dans le fond du vagin, fit reconnaître au-dessus de l'orificice utérin externe, un peu à droite et contre la face interne du pubis, une ouverture transversale analogue à une boutonnière, à travers laquelle on sentait une poche remplie de fluide. Cette ouverture, qui s'agrandissait à mesure que les douleurs se prononçaient davantage, était l'ouverture inférieure par laquelle le lobe droit fécondé s'ouvrait dans le col uniloculaire. Enfin, dans le cas de matrice et de grossesse doubles du docteur Geist, cet accoucheur put reconnaître, après l'extraction d'un premier enfant qu'au-delà de l'orifice de l'utérus il existait une membrane distendue par un fluide et faisant saillie à travers une ouverture annulaire placée du côté gauche, tandis que le cordon de l'enfant déjà né se portait en haut et à droite.

« La superfétation me paraît donc possible, non-seulement dans un utérus bicorne et bicavitaire à deux museaux de tanche, mais encore dans les cas même où à cette séparation des deux cavités fait suite un col uniloculaire. Aussi Gravel dit-il à cet égard (1) : « La superfétation est également possible « dans un utérus bifide, et l'unité d'orifice ne sau- « rait s'y opposer. L'une des cavités reste vide, « tandis que l'autre est tapissée par les membranes « fœtales qui n'occupent qu'une cavité, et ne fer- « mant que l'orifice de leur côté, n'atteignent pas la « partie interne du museau de tanche. »

« Enfin, la présence de môles, que l'on pourrait regarder comme des œufs avortés, et que Forlan et Dionis ont trouvées dans les lobes soi-disant non fécondés, ne plaide-t-elle pas en faveur de ma proposition et ne démontre-t-elle pas, ainsi que la discussion des autres faits que j'invoque, que l'on ne saurait agir avec trop de circonspection, lorsque l'on conclut des animaux à l'homme?

« Je ne saurais terminer ces réflexions sans faire remarquer que, dans tous les cas d'utérus bicorne ou bicavitaire bien et dûment constatés par les auteurs, il n'y a jamais eu superfétation, à moins que l'on ne considère comme tels ceux de Forlan et de Dionis, dans lesquels les lobes les plus petits contenaient une môle, qui serait alors l'œuf sur-conçu et non développé. Le fait emprunté à Bagard par M. Cassan ne saurait être invoqué comme exemple probant, puisqu'il s'agit de deux jumeaux nés vers le quatrième mois et demi de la grossesse et nourris par un seul placenta, ce qui semble indiquer leur séjour dans un seul lobe utérin (2).

« D'un autre côté, les exemples de superfétation rapportés jusqu'à ce jour n'ont jamais été suivis d'un examen capable de mettre hors de doute la disposition anatomique, que l'on regarde comme la plus favorable à cette anomalie physiologique. Dans le cas de Marie Bigaud, en effet, Eisemmann trouva la matrice absolument simple, comme chez les autres femmes (3).

« Est-ce donc que, par hasard, la superfétation admise dans ces cas ne l'aurait été qu'*à priori*, et seulement en vertu d'une idée toute théorique?

« Ce doute, qui m'est suggéré par l'appréciation des faits d'utérus double consignés dans les auteurs, ne saurait céder, je l'avoue, qu'à une démonstration anatomique qui manque encore dans la science; mais je pense, malgré cela, qu'il faut en médecine légale admettre la possibilité de la superfétation dans

(1) Cruveilhier, loc. cit., fig. 2.
(2) Loc. cit., p. 41.
(3) Eisemmann, loc. cit.
(4) Burdach, Traité de physiologie, tom. I, p. 185. — Fabrice d'Aquapendente, loc. cit.

(1) Loc. cit., p. 365.
(2) Louis, loc. cit.
(3) Dict. des sc. méd., tom. LIII, p. 416.

les cas d'utérus bicorne ou bicavitaire, car elle est admissible en théorie, et que, d'un autre côté, elle est favorable à la mère et à l'enfant.

« Quels seront, pendant la grossesse et le développement d'un lobe utérin fécondé, les rapports de la tumeur utérine avec la cavité qui la contient?

« Sous ce point de vue, je crois utile de diviser les utérus doublés en bicavitaires, en bicornes à divisions peu divergentes, et en bilobulaires à divisions très-écartées.

« Dans le premier cas, l'ampliation de la cavité fécondée devra se comporter à peu près comme dans un utérus simple, si ce n'est que la dilatation sera plus marquée en dehors, la cloison devant nécessairement offrir une plus grande résistance à l'extension des parties. Dans les deux autres, il n'en sera pas tout-à-fait ainsi, lorsque surtout la scissure médiane sera profonde et s'étendra jusqu'au col. Chaque lobe n'est alors, en effet, maintenu fixé aux parois pelviennes que par son côté externe; libre en dedans, il sera entraîné vers le ligament large qui lui est adhérent : de là son inclinaison latérale, de là l'aspect particulier du ventre, qui devra rappeler ce qui a lieu dans les cas d'obliquité latérale de la matrice.

« Ces données, si faciles à établir *à priori*, et que Littre (1) avait déjà formulées sous le titre de conjectures, à l'occasion de la matrice bicavitaire d'une jeune fille de deux mois, sont pleinement confirmées par les faits que nous ont laissés Dionis, MM. Jouvet et Dance. Dans le premier, en effet, l'utérus était incliné à gauche, et ce côté du ventre était un peu plus volumineux que le droit; dans le droit; dans le second, l'obliquité à droite était poussée si loin, que le fond du lobe fécondé occupait entièrement le côté droit de l'abdomen, et que, malgré toutes les manœuvres, on ne put le ramener dans la direction de l'axe du bassin. A l'autopsie, on vit, du côté droit de cette ouverture osseuse, derrière le pubis, une tumeur pyriforme, aplatie d'avant en arrière, dirigée très-obliquement de dedans en dehors, de bas en haut, occupant tout le côté droit de la cavité pelvienne.

« Dans le cas observé par Dance, la fille entrée à l'Hôtel-Dieu se plaignit, après six semaines de séjour, d'une grosseur dans le bas-ventre. Cette tumeur, ayant le volume du poing, était manifestement inclinée à droite, et sa situation latérale fit penser qu'elle était formée par un kyste de l'ovaire. Quelques mois après, la malade mourut après avoir avorté d'un fœtus mort; à l'autopsie, il fut facile de constater que la tumeur du côté droit était réellement formée par la corne utérine fécondée.

« Il est facile de comprendre, grâce à la disposition que je viens de signaler, que, vers les derniers temps de la grossesse, la présence de la tumeur pourra, par la compression qu'elle fera subir aux nerfs voisins, amener l'œdème du membre pelvien correspondant, tandis que celui du côté opposé sera à l'état normal, ou bien une sorte d'engourdissement et de faiblesse de ce membre, auquel ne prendra aucune part celui du côté opposé.

(1) Mém. de l'Acad. des sciences, année 1705, p. 383.

« Dans les mêmes cas, il me semble que les mouvements du fœtus, perçus par la mère ou par l'observateur, le seront dans un espace plus limité et à une plus grande hauteur que dans la grossesse survenue dans une matrice simple : c'est, du moins, ce qui résulte de l'observation recueillie par Dionis, dans laquelle la jeune femme ne sentait les mouvements que du côté gauche et plus haut qu'à l'ordinaire. Il en sera de même pour la perception des bruits placentaires et cardiaques recueillis à l'aide du stéthoscope; le toucher deviendra lui-même plus difficile, parce que le globe utérin, logé en entier dans la fosse iliaque correspondante, sera plus élevé et conséquemment plus difficile à atteindre. Enfin, la forme de l'utérus sera assez semblable à celle d'un cœur de carte à jouer, si, comme l'observe M. Hergotte (1), elle n'est qu'imparfaitement divisée par un éperon qui, parti du fond, s'avancera plus ou moins loin sur la ligne médiane.

« Dans les cas de grossesse double, chaque fœtus étant contenu dans une des cornes, on devra observer, à un degré bien plus prononcé que dans les cas de jumeaux renfermés dans la même cavité, cette dépression médiane correspondant à la ligne blanche, et la saillie des parois latérales de l'abdomen qui offrira deux tumeurs égales ou inégales, selon que les fœtus seront du même âge, inégalement développés, ou les lobes utérins seront placés à des hauteurs différentes. C'est ce qu'a observé M. Geiss, sur une femme en travail depuis deux jours, chez laquelle le côté droit de l'abdomen offrait une tumeur qui s'élevait jusqu'au thorax, tandis que celle qui répondait au côté gauche ne s'élevait que jusqu'à l'ombilic. Dans ce cas, il me semble encore que la perception des bruits cardiaques devra s'opérer dans deux points très-opposés de l'abdomen et toujours éloignés.

« Les matrices bicornes ou bicavitaires peuvent-elles se développer assez dans chacune de leurs parties pour porter à terme les produits de la conception? Eisemmann avait déjà soulevé cette question, que le docteur Cassan regarde comme entièrement oiseuse; et Littre avait dit : Il n'y a aucune apparence qu'une moitié de matrice puisse s'étendre autant qu'une matrice entière, et fournisse assez de nourriture à un fœtus pour qu'il arrive à terme.

« Cette question, quoique résolue d'une manière défavorable aux conjectures de Littre et d'Eisemmann, si l'on a égard aux grossesses portes bien évidemment à terme, soit dans une demi-matrice, comme l'a vu Chaussier chez une femme qui venait d'accoucher de son dixième enfant, soit dans un utérus bicorne ou bicavitaire (2), mérite cependant de fixer l'attention. Plusieurs observations nous apprennent, en effet, que les avortements et les dé-

(1) Thèses de Strasbourg, 1839, 2e série, N° 40, p. 27.

(2) Acrel, Commentarii Lipsiensis, 1761, t. XII, p. 79. — Forlan, ibid, 1769, t. XVII, p. 51. — Cruger, Histoire de l'Académie des sciences, ann. 1743, p. 87. — Purcell, loc. cit. — MM. Bertholet, père et fils, Mémoire de Louis. — Tiedmann, loc. cit. — Jouvet, loc. cit. — Bérard et Cruveilhier, loc. cit. — Moreau, Archiv. général. de méd., ann. 1833, 2e série, t. I, p. 129.

chirures des cornes fécondées sont assez communs dans les cas dont il s'agit.

« Ainsi Bagard publia, en 1752, l'observation d'une femme âgée de 48 ans morte à Nancy, et pourvue d'une matrice double, assez semblable à celle que j'ai présentée à la Société. « Cet organe, « dit l'auteur, est formé par deux poires renversées « et d'une inégale grosseur, un peu aplaties sur « leurs surfaces antérieures et postérieures, sépa- « rées vers leur fond de l'espace d'un pouce (26 « millim,) réunies par leur col et se terminant par « un orifice commun (1). »

« Cette femme avait eu quatorze grossesses et quatorze avortements, qui, précédés et accompagnés toujours de grandes hémorrhagies, furent expliqués, dit l'auteur, par cette construction extraordinaire de la matrice. Dans l'un de ces avortements, qui eut lieu vers le quatrième mois et demi, naquirent deux jumeaux nourris par le même placenta.

« Il eut été curieux de savoir si les autres avortements avaient eu lieu à une époque plus ou moins avancée de la grossesse; mais Bagard n'en fait aucune mention.

« L'observation de Dance, que j'ai déjà citée à diverses reprises, nous fait connaître encore un avortement qui s'effectue vers le cinquième mois, à partir la suppression des menstrues, et qui s'accompagne de la déchirure du lobe prolyfère. Dans l'observation de Canestrini, il y a aussi déchirure du lobe fécondé dans le courant du quatrième mois, et dans celle de Dionis vers le septième. Enfin, la femme Calais, chez laquelle j'ai trouvé la matrice anomale qui a donné lieu à mes recherches, a eu six grossesses : la première et la troisième furent suivies d'avortement vers le cinquième ou sixième mois ; le dernier donna le jour à deux petites filles jumelles. Les quatre autres grossesses furent de neuf mois, mais les enfants qui en naquirent sont débiles et maladifs.

« Sans donc vouloir conclure de ces faits, que l'avortement s'opère plus fréquemment ici que la parturition à terme, j'ai cru devoir signaler l'existence bien constatée d'accidents qui donnent un certain intérêt à la question soulevée par Littre et Eisemmann, puisqu'ils semblent indiquer une assez grande difficulté au développement ou à l'ampliation de l'utérus fécondé.

« Arrivé au terme de son développement intra-utérin, le produit de la conception doit enfin s'échapper au dehors, ce qui ne peut s'effectuer que par un mécanisme compliqué et souvent dangereux. Voyons jusqu'à quel point les dispositions organiques que j'ai signalées en tête de ce travail peuvent modifier cette fonction.

« Lors d'utérus bicavitaire, la direction de l'axe de la matrice et du col étant normale et en harmonie avec l'axe des détroits pelviens, il ne saurait y avoir d'autres entraves que celles qui s'observent dans les cas d'utérus simple et qu'il est inutile d'énumérer ici. Dans les cas d'utérus biloculaire, il en sera de même si les lobes ne sont pas trop divergents; mais on comprend qu'il n'en sera plus ainsi lors d'obliquité et de divergence très-marquée, comme l'a observé M. Dance, par exemple, en février 1829, chez une fille âgée de vingt ans, dont dont la matrice était divisée en deux lobes parfaitement égaux et dirigés tout à fait horizontalement (1). Dans ces cas, en effet, et dans d'analogues, quoique moins exagérés, la corne prolifère augmentera cet écartement; étant entraînée de son côté, elle changera par suite la direction de son col, qui, recourbé et aplati, ne correspondra plus au centre du bassin et se transformera en un pédicule étroit, sans participation au développement du reste de la cavité; d'où impossibilité pour lui de donner facilement passage à l'enfant. Cette obliquité peut être portée assez loin, ai-je dit, pour que l'utérus fécondé devienne horizontal ; alors sa cavité s'abouchera presque à angle droit dans celle du col, et, comme dans le cas observé par M. Jouvet, la tête de l'enfant, au lieu de se porter en bas et en arrière, selon l'axe du détroit supérieur, se portera en dedans et à droite ou à gauche, selon l'obliquité du lobe fécondé. Arrivée dans la cavité commune du col, elle arcboutera plus tard contre sa paroi opposée, distendue et amincie, sera de plus comprimée contre la paroi osseuse et finira par se déchirer.

« Une disposition qui doit encore ajouter singulièrement à la difficulté de la parturition et à la déchirure des parties distendues, est la présence du repli péritonéal que j'ai décrit sous le nom de cloison recto-vésicale. Le même fait observé par M. Jouvet permet de comprendre, en effet, comment elle peut s'opposer à la marche de l'accouchement : dans le cas cité, la muqueuse vaginale, très-relâchée à la suite des efforts répétés d'expulsion, avait été sensiblement entraînée et formait en dehors de la vulve un énorme bourrelet irréductible. La vessie avait suivi la partie supérieure du vagin dans cette espèce de renversement; entraînée en bas, elle avait attiré avec elle le ligament falciforme qui adhérait à sa paroi postérieure. Ainsi tiraillé, ce repli péritonéal s'enfonça entre les deux lobes utérins, et, appuyant sur leur angle de réunion à la manière d'un ligament très-résistant, il dut s'opposer à la progression de la tête en arrière et à gauche, et concourir ainsi à la porter constamment en avant, où la rupture eut lieu.

« Les difficultés que je viens de signaler dans l'acte de la parturition comme résultat assez fréquent de la disposition anatomique que j'ai décrite, font donc courir de graves dangers à l'enfant et à la mère. Sur le petit nombre, en effet, d'exemples où il y a eu grossesse, cinq, dit Meckel dans son *Anatomie pathologique*, se sont terminées par la mort de la mère, soit pendant la durée de la gestation, soit pendant le travail de l'accouchement ou peu de temps après. La première de ces circon-

(1) Louis, loc. cit. — Comment Lips., t. XVII, p. 688.— Marquet, Traité de la jaunisse et de l'hydropisie. — Bibliothèque choisie de médec. de Planque. — Mal rapportée par M. de Tressan, Histoire de l'Académie royale des sciences, 1752, p. 75.

(1) Loc cit, p. 539.

stances se rencontre dans les cas rapportés par Canestrini, Purcell, Dionis et Dance. MM. Garnier et Jouvet, Heuermann, Pôle et un inconnu, au dire de Meckel (1), citent des cas où la mère est morte pendant l'accouchement.

« Comme particularité remarquable dans l'acte de la parturition, je crois devoir mentionner les deux faits rapportés par M. Glaspoole, médecin de la maison d'accouchements de Brighton (2).

« Ce chirurgien fut appelé auprès d'une femme en couches, chez laquelle la sage-femme n'avait pu retirer les membranes, quoique l'enfant et le placenta fussent sortis. Après diverses manœuvres qui lui firent craindre de ne pouvoir les retirer aussi, M. Glaspoole se décida à introduire sa main dans l'utérus, qu'il trouva divisé en deux cavités, l'une supérieure, très-petite, et l'autre inférieure. Un rétrécissement, suffisant à peine pour admettre le petit doigt, réunissait ces deux cavités, et retenait fortement les membres, qui ne purent sortir qu'alors que l'accoucheur eut réussi à dilater le point rétréci.

« Dans un second cas, le placenta n'était pas encore sorti, et M. Glaspoole, après l'attente d'une heure, se décida de nouveau à introduire la main. Il reconnut la même disposition que dans le cas précédent, c'est-à-dire une double cavité; le placenta était toutefois adhérent à la partie supérieure de la cavité la plus élevée, et il ne put l'en détacher et l'extraire qu'après avoir dilaté le rétrécissement.

« Ces deux faits, qui ne sont pas sans analogues dans les auteurs, sont facilement explicables par les contractions partielles de telle ou telle zone utérine, et il est peu d'accoucheurs qui n'aient eu occasion d'en observer. Mais ne pourrait-il pas arriver quelquefois que les difficultés de la parturition fussent dues à une disposition anatomique, semblable à celle qu'observa M. Martin Saint-Ange, que M. Cruveilhier a figurée au N° 6 de sa planche consacrée aux anomalies de l'utérus, et que j'ai représentée fig. VIII de la planche annexée à la première partie de ce mémoire ?

« Ici, en effet, nous trouvons une matrice biloculaire dans laquelle la cavité du col communique avec celle du corps par un canal étroit et long de 15 millimètres. Cette disposition, que l'on pourrait fort bien considérer comme une simple exagération de l'orifice interne de la matrice, et que M. Cruvelhier regarde comme accidentelle (3), est d'un bien plus grand intérêt aux yeux de M. Martin Saint-Ange. En effet, cet anatomiste regarde cette disposition comme facilitant beaucoup l'entente de l'utérus composé, et tel que l'a conçu M. Geoffroy Saint-Hilaire dans son rapport sur un mémoire de M. Breschet, traitant des grossesses extra-utérines. (4).

« En résumé, et en rapprochant les conclusions de la première partie de ce mémoire de celles qui découlent naturellement de cette seconde partie, je pense :

« 1° Que l'évacuation menstruelle peut continuer dans un adutérum vide pendant l'existence d'un embryon dans l'autre lobe utérin ;

« 2° Que les deux cornes sont loin de s'influencer réciproquement, au point que le lobe vide soit toujours sous l'influence immédiate de celui qui est fécondé ;

« 3° Que la femme peut en même temps être enceinte à droite et vierge à gauche, et *vice versâ*, être en couches et grosse ;

« 4° Que la superfétation doit être admise non-seulement dans le cas d'utérus double à double col et à double museau de tanche, mais encore dans les cas d'utérus bilobulaire et bicavitaire à col et à museau de tanche uniques ;

« 5° Que malgré l'absence de preuves anatomiques constatant l'existence de la superfétation dans les cas d'utérus bicorne ou bicavitaire, elle doit être cependant admise en médecine légale ;

« 6° Que dans les cas d'utérus bicorne prononcé, il y aura inclinaison du lobe prolyfère du même côté, et ensemble de signes un peu différents de ceux qui caractérisent la grossesse dans un utérus simple ;

« 7° Que quoiqu'on ne puisse pas poser en principe que chaque partie d'un utérus double ou bicavitaire ne saurait se développer assez pour contenir un fœtus à terme, il est permis de croire à de fréquents avortements ;

« 8° Que cette organisation bicorne exagérée rend difficile l'accouchement ainsi que la sortie de l'arrière-faix, et facilite la déchirure des parties ;

« 9° Que grâce à la disposition observée par M. Martin Saint-Ange, on peut expliquer la rétention des secondines et la difficulté de leur extraction, sans avoir au préalable dilaté le canal qui les retient. »

(*J. de la Soc. de Méd. prat. de Montpellier.*)

(1) Anatomie pathologique.

(2) Archiv. génér. de méd., année 1833, tom. I, 2e série, p. 429.

(3) Loc. cit, p. 3 des maladies de l'utérus.

(4) Répertoire gén. d'anat., de physiol. pathol. et de clin. chir., Breschet, tom. I, p. 75.

---

49. *Recherches sur le développement des os. lues à l'Académie des sciences, le 4 octobre* 1841 ; par M. Flourens.

Formation et résorption des couches osseuses. —On a vu, par mes précédentes expériences (1), quel est le mécanisme précis selon lequel s'opère le développement des os.

Il y a, dans un os qui se développe, deux faits à expliquer : l'accroissement des parois mêmes de l'os, et l'accroissement du canal médullaire.

Or, tout os a deux faces, l'une externe et l'autre interne. Du côté de l'externe s'ajoutent sans cesse

(1) Voyez Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, t. X, année 1840.

de nouvelles couches, addition qui fait l'accroissement des parois de l'os; du côté de l'interne se résorbent sans cesse des couches anciennes, résorption qui fait l'accroissement du canal médullaire (1).

Il y a donc, dans tout os, deux faces à phénomènes inverses et opposés, et, si je puis ainsi dire, un *endroit* et un *envers* : un *endroit* par lequel il reçoit sans cesse des molécules nouvelles, et un *envers* par lequel il perd sans cesse les molécules anciennes.

L'os se forme donc par couches; il se résorbe par couches; mais quel est le mécanisme particulier de cette *formation* et de cette *résorption?* question nouvelle, et dont la solution réelle, la solution complète, aura été, pour la première fois peut-être, traitée dans ce Mémoire.

Je pose en fait que le véritable rôle du périoste dans la formation des os, malgré tout ce qui a été écrit sur ce sujet depuis Duhamel, n'est point connu. Pour ce qui concerne la résorption, on est bien moins avancé encore. On ne sait pas même s'il y a un organe particulier pour ce phénomène. J. Hunter a beau dire « qu'il n'est pas plus difficile « de concevoir la résorption par les vaisseaux ab- « sorbants que la formation par les artères. » Une explication aussi vague n'explique rien (2).

Sans doute il faut toujours poser l'action générale, et des artères pour la formation, et des vaisseaux absorbants, soit lymphatiques, soit veineux (3), pour la résorption. Mais indépendamment de cette action générale et commune, il faut ici une action spéciale et déterminée; il faut un appareil particulier pour la résorption, et, je le répète, le premier de ces appareils a été à peine indiqué jusqu'ici; le second n'a pas même été soupçonné encore.

L'opinion de Duhamel sur le rôle que joue le périoste dans la formation des os, est connue de tout le monde. Selon Duhamel, l'os n'est que le périoste ossifié.

« J'ai tâché d'établir, dit-il, que les os croissent « en grosseur par la sur-addition des couches du « périoste, lesquelles, en s'ossifiant, forment « l'épaississement des parois du canal médul- « laire (4). »

Il dit ailleurs : « Le fait n'est pas douteux; sûre- « ment les lames du périoste s'ossifient et con- « tribuent (1) à l'augmentation de grosseur des « os (2). »

Il dit encore : « Les os commencent par n'être « que du périoste, car je regarde les cartilages « comme un périoste fort épais (3). »

Il dit enfin : « Les os augmentent en grosseur « par l'addition de lames très-minces qui faisaient « partie du périoste avant que d'être adhérentes « aux os, avant que d'en avoir acquis la du- « reté (4). »

Parle-t-il du *cal?* Voici comment il s'exprime : « J'ai fait voir, dit-il, que le *cal* n'est point, comme « on le croyait, un épanchement de suc osseux, « mais qu'on en est redevable à l'épaississement « et à l'ossification de plusieurs lames de périoste « qui forment une espèce de virole osseuse, laquelle « assujettit les bouts d'os rompus; j'ai fait voir que « ces lames du périoste, qui étaient membraneuses, « deviennent ensuite cartilagineuses, et qu'elles « acquièrent enfin la dureté des os (5). »

« C'est le périoste, dit-il encore, qui, après « avoir rempli la plaie des os, ou s'être épaiss « autour de leurs fractures, prend ensuite la con- « sistance du cartilage et acquiert enfin la dureté « des os (6). »

Telle est donc l'opinion formelle de Duhamel : l'ossification n'est que la transformation du périoste en os.

J'ai répété toutes les expériences de Duhamel. J'ai vu, comme lui, tantôt le périoste entourer les bouts fracturés de l'os, et, en s'ossifiant, former autour de ces bouts fracturés une sorte de *virole osseuse;* tantôt pénétrer entre ces bouts fracturés, et, en s'ossifiant encore, les unir l'un à l'autre par une sorte de continuité osseuse (7). J'ai vu, comme lui, le périoste s'épaissir, se tuméfier d'abord; puis les lames internes de ce périoste tuméfié se transformer en cartilage, et puis ces lames cartilagineuses se transformer en os.

Comment se fait-il donc qu'une opinion si nettement exprimée et fondée sur des expériences si sûres, n'ait pas été généralement admise, ou plu-

---

(1) Voyez Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, t. X, année 1840.

(2) C'est ce qu'Alexandre Macdonald avait déjà senti. Voici ce qu'il dit : « J. Hunterus credit partes solidas absor- « bari actione, uti vocat, contraria actioni arteriarum qua « formantur; et difficultatem fugit dicendo, æque difficile « esse animo concipere, vasis absorbantibus os removeri, ac « arteriis os formari. » Alexandre Macdonald : Disputatio inauguralis de necrosi ac callo, 1799.

(3) Surtout veineux, si l'on en juge du moins par les expériences les plus récentes sur l'absorption.

(4) Cinquième Mémoire sur les os, p. 111. — Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1743.

(1) Contribuent, parce qu'il suppose le concours de l'extension, laquelle, comme je l'ai prouvé, n'est qu'une supposition gratuite. Voyez Comptes rendus de l'Académie des Sciences, t. X, année 1840.

(2) Duhamel, quatrième Mémoire sur les os, p. 101. — Mémoire de l'Académie des Sciences, année 1743.

(3) Sixième Mémoire sur les os, p. 315. — Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1743.

(4) Quatrième Mémoire sur les os, p. 88.

(5) Troisième Mémoire sur les os, p. 355. — Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1742.

(6) Premier Mémoire sur les os, p. 107. — Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1741.

(7) « J'ai quelquefois remarqué, dit Duhamel, que l'épais- « sissement du périoste qui enveloppe les fractures se pro- « longeait pour remplir l'intervalle qui se trouve entre les « bouts d'os rompus, précisément comme j'ai dit que le pé- « rioste s'allongeait pour remplir les petites plaies d'os; or, « cette interposition est bien propre à rendre l'union de « l'os plus exacte qu'elle ne le serait, si les os n'étaient assu- « jettis que par la virole osseuse..... » Premier Mémoire sur les os, p. 108. — Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1741.

tôt, et à parler plus exactement, comment se fait-il que, à commencer par Haller, elle ait été combattue par presque tous les physiologistes?

Je n'hésite pas à le dire, c'est que ces physiologistes, pour juger l'opinion de Duhamel, se sont bornés à répéter ses expériences, et que ces expériences n'étaient pas, à beaucoup près, les plus propres à résoudre la difficulté. Pour mon compte, j'avais déjà répété toutes les expériences de Duhamel, que la plupart de mes doutes subsistaient encore. Il fallait donc agrandir et varier le champ de l'expérience. Il fallait surtout se faire une idée plus juste du mode même des expériences qu'on employait.

Vous fracturez un os, et vous croyez avoir produit un fait simple. Mais vous n'avez pu rompre l'os sans rompre le périoste, et par conséquent les vaisseaux de ce périoste, et très-souvent aussi les vaisseaux des parties voisines. De là effusion de lymphe, de sang; puis endurcissement de cette lymphe et de ce sang épanchés, et, en un mot, tout ce qui se rapporte au prétendu *cal provisoire*.

Le véritable *cal* est une portion d'os nouvelle; et, comme on le verra bientôt, cette portion d'os nouvelle résulte de l'ossification d'une portion du périoste. Le prétendu *cal provisoire* est un fait étranger à la formation de l'os proprement dite. Le prétendu *cal provisoire* n'est que le résultat de la rupture des vaisseaux, soit du périoste, soit des parties voisines.

Pour démêler, pour saisir le vrai mécanisme de la formation du *cal*, ou, à parler plus généralement, de la formation des os, il fallait donc des expériences dans lesquelles on ne touchât ni au périoste, ni aux parties voisines, ni par conséquent aux vaisseaux de ce périoste et de ces parties. Je dis plus : il ne fallait pas même toucher à l'os, du moins à la face de l'os qui répond au périoste. Car, en effet, c'est entre cette face de l'os et le périoste que doivent se passer tous les phénomènes qu'on se propose d'observer.

Or, ce mode expérimental dans lequel on ne touche ni au périoste, ni, à la face de l'os qui répond au périoste, ni, à plus forte raison, aux parties voisines, ce sont les expériences de Troja qui me l'ont fourni.

On connaît ces grandes et belles expériences. Troja sciait un os long en travers, un os des membres, par exemple; et puis, portant un stylet dans le canal médullaire de cet os, il en détruisait toute la membrane. Au bout de quelque temps, l'os dont la membrane médullaire avait été détruite, tombait en nécrose; et, tout autour de cet os nécrosé, il se formait un os nouveau.

Or, dans cette expérience, n'est-il pas évident qu'on ne touche qu'à la membrane médullaire et à la face interne de l'os? On ne touche ni à la face externe de l'os, ni au périoste, c'est-à dire à aucune des parties entre lesquelles doit se passer le phénomène qu'il s'agit d'observer.

Ce sont des expériences faites à la manière de Troja, qui m'ont permis enfin de juger, et, si je ne me trompe, de confirmer la théorie de Duhamel. Mais ces expériences ne s'en sont pas tenues là. Tout en me donnant, dans le périoste externe, l'appareil de la formation des os, elles m'ont donné, dans la membrane médullaire ou périoste interne, l'appareil de leur résorption.

Il y a donc dans les os un appareil de formation, et c'est le périoste externe; il y a un appareil de résorption, et c'est la membrane médullaire ou périoste interne; et ces deux propositions sont démontrées, je crois, jusqu'à la dernière évidence par les deux pièces que je mets sous les yeux de l'Académie.

La pièce n° 1 est la moitié d'un radius de bouc, scié en long.

Ce radius est un os entièrement nouveau; et dans cet os nouveau se trouve enfermé de toutes parts un os ancien, un os nécrosé, un os dont la membrane médullaire avait été détruite.

Voici comment l'expérience qui m'a fourni ce résultat beaucoup plus complet qu'aucun de ceux obtenus par Troja lui-même, a été conduite : Troja (1) et tous ceux qui ont répété ses expériences, nommément Alexandre Macdonald (2), le plus habile de tous; Troja, dis-je, et tous ceux qui sont venus après lui, commençaient par scier en travers l'os dont ils voulaient détruire la membrane médullaire, c'est-à-dire qu'ils commençaient par pratiquer l'amputation du membre. Il n'y avait donc qu'une portion d'os qui fut conservée, qui fut soumise à l'expérience, et qui, par conséquent, put se reproduire. Le reste de l'os et du membre était perdu.

J'ai voulu, dans mon expérience, conserver l'os entier. Je me suis donc borné à pratiquer un trou sur le radius; et puis, portant un stylet par ce trou dans le canal médullaire, j'en ai détruit toute la membrane. Ainsi tout l'os a été conservé, et tout l'os a pu se reproduire.

C'est en effet ce qui a eu lieu. Le radius, conservé tout entier, s'est reproduit tout entier.

Et ce n'est pas tout. Tout comme il s'est formé un os entièrement nouveau, il s'est formé aussi une membrane médullaire entièrement nouvelle.

Quant à l'os ancien, il est enfermé de toutes parts, comme je viens de le dire, dans l'os nouveau, mais il y est mobile, mais il en est séparé partout par la nouvelle membrane médullaire, et déjà même il est en partie résorbé, en partie détruit par elle; car c'est elle qui, comme on le verra bientôt, constitue l'organe particulier de la résorption des os.

Le radius que je décris ici, examiné de dehors en dedans et sur la coupe, offre donc, d'abord le périoste, puis l'os nouveau, puis la membrane médullaire nouvelle, puis l'os ancien, et, dans l'os ancien, les débris de la membrane médullaire ancienne, de la membrane médullaire qui a été détruite.

Lors donc qu'on détruit la membrane médullaire d'un os entier, cet os entier meurt, et il se forme tout autour de cet os mort un os nouveau qui l'embrasse de toutes parts.

---

(1) De novorum ossium, in integris aut maximis, ob morbos, deperditionibus, regeneratione experimenta; 1775.

(2) Disputatio inauguralis de necrosi ad callo; 1799.

De plus, l'os nouveau est absolument semblable à l'os ancien ; il en reproduit la forme, la structure, et jusqu'aux plus petits détails de forme et de structure (1).

Enfin il se forme une nouvelle membrane médullaire, tout comme il s'est formé un os nouveau ; et l'os ancien, contenu dans l'os nouveau, est peu à peu détruit et résorbé par cette membrane.

La pièce n° 2 est la seconde moitié du radius que je décris ; mais on a ôté de cette moitié l'os ancien, l'os nécrosé, l'os qui formait séquestre. Il ne reste donc plus ici que la nouvelle membrane médullaire et l'os nouveau.

Enfin la pièce n° 3 est ce même os ancien et nécrosé, ôté, comme je viens de le dire, de la seconde motié du radius nouveau.

Cet os ancien est vu ici par sa face externe. Or on remarquera d'abord que cette face externe est tout usée, toute corrodée ; et l'on remarquera ensuite que le corps seul de l'os subsiste. Les deux extrémités, tant la supérieure que l'inférieure, ont déjà disparu, détruites et résorbées par la membrane médullaire.

La pièce n° 4 est la motié d'un radius de cochon, scié en long.

L'animal avait été opéré de la même manière que le précédent ; mais il a survécu beaucoup moins longtemps à l'expérience. Aussi, d'une part, l'os nouveau n'est-il pas encore entièrement formé, et, de l'autre, la résorption de l'os ancien est-elle beaucoup moins avancée.

On voit, dans l'intérieur de la pièce n° 4, l'os ancien et nécrosé, l'os dont la membrane médullaire a été détruite.

Autour de cet os ancien est une membrane épaisse, laquelle est la membrane médullaire nouvelle ; et, entre cette membrane médullaire nouvelle et le périoste, également très-épais, se forme l'os nouveau, dont l'ossification n'est encore complète que sur quelques points.

La pièce n° 5 est la seconde moitié de ce même radius, dont on a ôté l'os ancien, l'os nécrosé, et qui formait séquestre.

Tout, dans la pièce que j'examine en ce moment, est à remarquer.

Dans les points où le nouvel os est déjà formé, cet os nouveau se trouve placé entre le périoste et la nouvelle membrane médullaire. Dans les points où il ne paraît pas encore, ces deux membranes, la membrane médullaire nouvelle et le périoste, sont unies l'une à l'autre, et semblent n'en faire qu'une ; et cette membrane, qui paraît unique, est partout très-facilement divisible en plusieurs lames ou feuillets distincts.

Enfin, et ceci est plus remarquable encore, à la face interne de la membrane médullaire nouvelle se voit un tissu d'un aspect singulier, ou plutôt une surface toute parsemée de petits mamelons et de petits creux. C'est par cette surface, tour à tour creuse et mamelonnée, que la membrane médullaire nouvelle agit sur l'os ancien, le saisit, le ronge et finit par le résorber.

Et ce que je dis ici est démontré aux yeux par la pièce n° 6.

Cette pièce n° 6 est l'os ancien, retiré de la pièce même que je viens de décrire.

Or cet os ancien, vu par sa face externe, est tout usé, tout corrodé ; et, ce qui paraîtra sans doute plus décisif encore, c'est que partout l'érosion de l'os répond aux points de la nouvelle membrane médullaire à surface tour à tour creuse et mamelonnée, c'est que partout à chaque creux de l'os répond un mamelon de la membrane médullaire, et à chaque creux de la membrane médullaire une saillie de l'os.

Les pièces que je viens de faire passer sous les yeux de l'académie montrent :

1° Que la destruction de la membrane médullaire d'un os est suivie, d'abord, de mort de cet os, et ensuite de la formation d'une membrane médullaire nouvelle et d'un os nouveau ;

2° Que l'os nouveau se forme entre la membrane médullaire nouvelle et le périoste ;

3° Que cette membrane médullaire nouvelle et ce périoste ne forment d'abord qu'une seule et même membrane, très-épaisse, divisible en plusieurs feuillets ;

4° Que la membrane médullaire nouvelle, d'abord unie au périoste, s'en sépare peu à peu, et par l'interposition même de l'os nouveau, lequel, comme il vient d'être dit, se forme entre ces deux membranes ;

5° Que le tissu de la membrane médullaire nouvelle, d'abord très-épais, très-dense, comme on le voit dans les pièces n°s 4 et 5, et fort semblable au tissu fibreux du périoste, alors très-épais aussi, prend peu à peu une texture plus délicate, plus fine, se creuse de cavités, de mailles, se remplit de sucs, et présente enfin une membrane médullaire nouvelle, tout aussi régulière, tout aussi parfaite que la primitive (1), comme on le voit dans les pièces n°s 1 et 2 ;

Et 6° que la face interne de la membrane médullaire nouvelle, tour à tour creuse et mamelonnée, dissout et ronge peu à peu l'os ancien et finit par le résorber.

La membrane médullaire des os est donc l'appareil de leur résorption.

Tels sont les faits qui résultent des pièces que je viens de présenter à l'Académie. Les pièces qui suivent jettent un jour nouveau sur ces premiers faits ; car elles en donnent la succession, la marche, et, si je puis ainsi dire, la génération complète.

Mais je commence par avertir que les expériences auxquelles ces nouvelles pièces sont dues, ont toutes été faites à la manière de Troja et de Macdonald,

(1) Le radius que j'examine, comparé au radius de l'autre jambe du même animal, s'est trouvé seulement plus gros. C'est qu'il contenait l'os ancien sur lequel il s'était formé.

(1) Et même la structure propre en paraît plus marquée. La nouvelle membrane médullaire, dans les points où elle est entièrement formée, présente tout à fait, par son tissu délicat et raréfié, l'aspect de la moelle de sureau.

c'est-à-dire qu'on a commencé, sur chaque animal soumis à l'expérience, par pratiquer l'amputation du membre. Après cela, un stylet a été porté dans le canal médullaire de l'os scié en travers, et la membrane médullaire a été détruite.

Quatre lapins ont été opérés de la manière que je viens de dire.

De ces quatre lapins, le premier a été tué soixante-douze heures, le deuxième quatre-vingt-seize heures, le troisième sept jours, et le quatrième huit jours après l'opération.

La pièce n° 7 est le tibia du premier lapin, du lapin qui n'a survécu que soixante-douze heures à l'opération.

Je viens de le dire, et il sera inutile de le répéter pour les pièces suivantes, ce tibia avait été scié en travers, et la membrane médullaire en avait été totalement détruite.

Sur la pièce que j'examine, le périoste a été fendu longitudinalement, et détaché ensuite de l'os par la dissection.

Or, sur la face externe, et vers le bout inférieur de l'os, mis à nu, se voit une petite couche blanche, de consistance cartilagineuse. Cette couche cartilagineuse, déjà même ossifiée sur quelques points, est le commencement du tibia nouveau.

Mais ce qu'il importe surtout de remarquer ici, c'est que cette couche cartilagineuse, germe d'un os nouveau, se continue avec le périoste, devenu très-épais, qu'elle en émane, et qu'elle le suit, ou ne s'en détache qu'avec déchirure, quand on fait effort pour l'en séparer.

Dans la pièce n° 8, le fait que j'indique en ce moment se montre avec plus d'évidence encore. Cette pièce est le tibia du lapin qui a survécu quatre-vingt-seize heures à l'expérience.

D'abord la couche cartilagineuse a beaucoup plus d'étendue; elle recouvre l'os entier; et, en second lieu, elle se continue de la manière la plus manifeste avec le périoste.

Ainsi donc, lorsque la membrane médullaire d'un os a été détruite :

1° Le périoste, auquel pourtant il n'a point été touché, s'épaissit et se gonfle;

2° Il se forme sur la face externe de l'os ancien une couche cartilagineuse;

3° Cette couche cartilagineuse émane du périoste, et ne peut en être détachée que par déchirure;

Et 4° Cette couche cartilagineuse est le premier germe de l'os nouveau.

Ainsi donc, l'os se forme dans le cartilage; le cartilage est formé par le périoste; l'ossification n'est donc que la transformation du périoste en os.

La pièce n° 9 est le tibia du lapin qui a survécu sept jours à l'opération.

Une portion d'os nouveau est déjà formée vers le bout inférieur de l'os ancien; et ce n'est pas seulement un os nouveau qui reparaît en ce point, c'est aussi une membrane médullaire nouvelle, qui déjà existe, qui déjà a pris sa place, et qui déjà, partout où l'os nouveau est complément formé, le sépare complétement de l'os ancien.

Enfin la pièce n° 10, c'est-à-dire le tibia du lapin qui a survécu huit jours à l'opération, offre un os nouveau entièrement formé; et, dans cette nouvelle membrane médullaire, l'os ancien déjà presque (1) partout séparé par elle de l'os nouveau.

On le voit donc, un rapport constant lie la production d'une nouvelle membrane médullaire à la production d'un nouvel os. A mesure qu'il se forme un os nouveau, il se forme une nouvelle membrane médullaire. Mais d'où provient cette membrane médullaire nouvelle?

Elle provient du périoste. On a vu, dans les pièces n°s 4 et 5, la membrane médullaire nouvelle tenir lieu de périoste. On voit ici, dans les pièces n°s 9 et 10, le périoste, parvenu au bout inférieur de l'os, au bout scié, se replier et se porter entre les deux os, l'ancien et le nouveau, pour y former la membrane médullaire. Et cette continuité de la membrane médullaire et du périoste se voit encore mieux dans la pièce n° 11.

On a détaché, sur cette pièce, le périoste et la membrane médullaire dans une certaine étendue; et, dans toute cette étendue, on voit ces deux membranes se continuer l'une avec l'autre de la manière la plus complète.

Le périoste ne forme donc pas seulement l'os nouveau, il forme, quoique par un mécanisme très-différent et particulier pour chaque genre de formation, et l'os nouveau et la membrane médullaire nouvelle.

La pièce n° 12 est une portion de radius de bouc. Sur cette portion d'os le périoste avait été entièrement détruit, et il s'y était entièrement reproduit.

On voit, sur cette pièce, une lame d'os qui se continue avec une lame de périoste. Une même lame est ainsi, os sur un point, et périoste sur l'autre.

La pièce n° 13 est une portion du tibia d'un lapin, portion d'os sur laquelle il avait été pratiqué un trou.

On voit sur cette pièce, d'un côté, le trou de l'os qui subsiste encore, et, de l'autre, un prolongement du périoste qui pénétrait dans ce trou et qui en s'ossifiant, l'aurait rempli.

Il ne me reste plus qu'à examiner deux pièces. Ces deux pièces, marquées des n°s 14 et 15, sont les deux moitiés du tibia d'un canard.

Sur les animaux de mes premières expériences, c'est la membrane médullaire qui avait été détruite et le périoste qui était resté intact. Aussi l'os qui s'était formé s'était-il formé du côté du périoste et à l'extérieur de l'os ancien.

Sur le canard dont je parle en ce moment, j'ai fait une expérience inverse. La membrane médullaire a été respectée, et tout le périoste a été détruit. Aussi l'os nouveau s'est-il formé du côté de la membrane médullaire et dans l'intérieur de l'os ancien.

Lorsque le périoste externe a été détruit, la membrane médullaire, ou *périoste interne*, partage donc le privilége du *périoste externe* et le remplace, jusqu'à un certain point, pour la reproduction et la formation des os.

---

(1) Je dis presque, parce que, sur cette pièce, la membrane médullaire n'est pas encore, en effet, complétement formée.

Je tire des expériences contenues dans ce Mémoire, ces trois conclusions générales :

1° Il y a dans les os un appareil de formation, et cet appareil est le périoste;

2° Il y a un appareil de résorption, et cet appareil est la membrane médullaire;

3° La membrane médullaire, ou périoste interne, n'est qu'une continuation du périoste externe.

Je n'ai traité, dans ce Mémoire, que du mécanisme général de la formation des os; je traiterai, dans un autre, du mécanisme particulier de la formation du *cal*.

(*L'Expérience*, n° 224.)

---

50. *Opacité congénitale de la cornée;* par le docteur Fleussu.

Nous extrayons le passage suivant de la *Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires publiés pendant les années* 1840 *et* 1841; par le docteur Fleussu.

M. le chevalier d'Ammon a consacré à l'opacité congénitale de la cornée quelques pages du dernier cahier de sa *Monatsschrift*.

L'opacité congéniale de la cornée peut être partielle ou totale. La première s'observe le plus communément en même temps que la microphthalmie; elle se trouve toujours à la circonférence, jamais au centre, et occupe le point d'union sclérocornéale. L'obscurcissement de la cornée peut être plus ou moins prononcé; lorsqu'il est très-fort, on n'observe pas de ligne de démarcation entre la sclérotique et la cornée; cette dernière paraît blanche comme la première et est à peine translucide dans son centre. Rarement cette partie translucide, derrière laquelle se trouve ordinairement la pupille, a une forme ronde; le plus souvent elle est triangulaire ou ovale, sans être bien limitée, et se confondant sensiblement par ses bords avec la sclérotique. Lorsque l'obscurcissement est moins fort, la cornée a le plus souvent une forme allongée, rarement circulaire, et se confondant insensiblement, par sa circonférence, avec la sclérotique, au moyen d'une zône bleuâtre qui établit la transition entre les deux membranes. Cette zône est souvent très-large, entoure uniformément toute la cornée, ou elle est seulement large en haut et en bas, et se rétrécit, ou bien elle se perd complétement sur les côtés, de manière à présenter la forme d'un croissant en haut et en bas. Quelquefois on ne voit qu'un seul croissant.

Quant à l'étiologie de ces obscurcissements, on sait que, dans les premiers mois de la vie embryonnaire, il n'existe pas de différence entre la sclérotique et la cornée de l'œil humain; leur structure est identique, et ce n'est que vers les trois mois que commence la séparation entre les deux membranes; la cornée devient plus transparente, et la sclérotique plus épaisse et plus blanche; et c'est à dater de cette époque que commencent les opacités congénitales; celles-ci ne sont donc qu'un arrêt de développement de la cornée. L'organe augmente à la vérité de dimension, mais faiblement; de là, la coïncidence de ce défaut congénial avec le microphthalmus; presque toujours il y a en même temps manque de développement de l'iris et d'autres organes.

Cet obscurcissement de la cornée se dissipe rarement dans le cours de la vie, sinon jamais; on l'a observé chez plusieurs individus de la même famille, tantôt sur un œil, tandis que l'autre était bien développé, tantôt sur les deux.

Lorsque l'opacité est totale, la circonférence comme le centre de la cornée est obscurcie; la membrane, à l'aspect opalin ou bleuâtre, est leste, bombée, saillante, et paraît hypertrophiée, sans cependant ressembler à un staphylôme. La forme de l'œil est shpérique, et rappelle l'état du globe chez les embryons; la cornée, à l'endroit où elle se continue avec la sclérotique, paraît le plus souvent troublée et entourée d'un anneau plus clair. L'œil est le plus souvent convulsivement dirigé en haut.

Cette affection pourrait être confondue avec la persistance de la membrane pupillaire, ou avec des exsudations plastiques qui rempliraient la chambre antérieure. Il est remarquable qu'à mesure que les enfants avancent en âge, la cornée paraît un peu moins opaque, et qu'on peut quelquefois reconnaître l'iris au travers.

M. d'Ammon a rencontré un enfant chez lequel l'opacité congénitale a diminué graduellement, au point qu'au bout de quelques mois cet enfant put voir, mais très-faiblement; il était myope, louchait alternativement de l'un ou de l'autre œil; les deux yeux se trouvaient constamment dans un état convulsif.

(*Ann. d'Oculistique.*)

---

51. *Recherches pour servir à la détermination de la taille moyenne de l'homme en France;* par M. Lélut.

« Voici le sommaire de ces recherches, c'est-à-dire les corollaires généraux relatifs à la détermination de la taille moyenne du sexe mâle en France, corollaire résultant de faits particuliers recueillis, comme on l'a vu, soit à Gy, en Franche-Comté, soit à Paris, dans la prison du dépôt des condamnés, et destinés à en provoquer d'autres rassemblés en plus grand nombre dans le reste de nos départements.

« Tandis qu'en Belgique, d'après M. Quetelet, la taille moyenne de l'homme de 20 ans

est de.	1.665m
Celle de l'homme de 25 ans de	1,675
Celle de l'homme de 30 à 50 ans de. .	1,684
Celle de l'homme de 50, 60, 70, 80, 90 ans de	1.674
	1,659
	1.625
	1,615;

Tandis qu'en France, d'après Tenon, il y a 57 ans, à Massy, dans le département actuel de la Seine, la taille de l'homme de 25 à 46 ans était de. 1,665;

La taille des détenus de la prison du dépôt des condamnés, lesquels font à peu près exclusivement partie des classes inférieures de la société, et appartiennent, pour un sixième, au département de la Seine et à trois ou quatre départements voisins, et pour le reste à toute la France, cette taille a donné les résultats suivants :

De 16 ans et demi à 17 ans et demi	1,567m
A 20 ans à peu près.	1,647
A 25 ans à peu près.	1,647
De 30 à 50 ans.	1,657
De 50 à 60 ans et au dessus.	1,655 ;

La taille des habitants de Gy, au département de la Haute-Saone, a donné ceux-ci, de 1800 à 1838 :

A 20 ans (733 faits).	1,658
Puis, d'après 144 faits seulement :	
De 20 à 25 ans	1,679
De 25 à 30 ans (âge moyen, 27 ans)	1,687
De 30 à 50 ans.	1,681
De 50 à 60 ans.	1,651

« Bien que les faits relatifs à la taille des habitants de ma ville natale soient trop peu nombreux, et qu'ils portent sur des hommes appartenant à la classe aisée et forte de la société, en même temps qu'à sa classe inférieure, cependant, en comparant le chiffre de 1,658m de la taille moyenne des hommes de 20 ans de cette population avec celui de 1,647m de la taille des détenus de même âge de la prison du dépôt des condamnés, en comparant le chiffre de 1,681m de la taille des hommes de 30 à 50 ans de la même petite ville avec celui de 1,657m des détenus de même âge, on ne pourra guère s'empêcher de voir dans ces différences une confirmation de l'opinion qui établit que dans nos départements de l'est et du nord, la taille, ainsi qu'en Belgique, est plus élevée qu'à Paris et que dans le centre et le midi de la France. Mais assurément, on s'éloignera encore beaucoup moins de la vérité en regardant comme la taille moyenne de l'homme en France, ou, pour parler plus exactement, comme la taille moyenne des classes de Français peu éclairées, soit agricoles, soit ouvrières, celle que m'ont donnée les recherches faites dans la prison du dépôt des condamnés. Or, cette taille est de 1657 millimètres (5 pieds, 1 pouce, 3 lignes) pour l'homme adulte, l'homme parvenu à tout son développement, l'homme, de 30 à 50 ans. C'est là le résultat dont j'avais besoin et auquel je voulais arriver. »

(*Gazette médicale de Paris*).

52. *Note physiologique relative à un cas de paralysie des deux septièmes paires ;* par le docteur Constantin James.

L'observation qui fait le sujet de ce travail est, je crois, à peu près unique dans les annales de la science. A ce titre, elle mérite d'être rapportée avec quelques détails. Elle me paraît surtout intéressante en ce qu'elle met parfaitement en relief l'action respective des nerfs de la septième paire l'un sur l'autre, et le concours nécessaire de ces deux nerfs pour le jeu et l'harmonie des muscles du visage.

Voici cette observation. Je la raconterai simplement, sans commentaire aucun, me réservant de revenir ensuite sur l'examen et la solution des questions physiologiques qu'elle soulève.

Obs. — Mademoiselle X., âgée de 22 ans, d'un tempérament d'apparence lymphatique, se présente le 2 avril 1840 à la consultation de M. Magendie. Sa taille est moyenne, ses cheveux blonds, ses traits peu colorés. Elle dit avoir toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, il y a quinze jours, elle éprouva, sans cause connue ni même appréciable, les premiers symptômes de la maladie dont elle est maintenant affectée. Ces symptômes, je vais les énumérer en suivant l'ordre de leur apparition, de leur succession et de leurs progrès.

Mais, avant de commencer, je sens la nécessité d'établir quelques divisions qui nous serviront de point de rappel dans l'exposé de cette observation. Nous verrons en effet que chaque fois que les phénomènes morbides changeront d'aspect, chaque fois aussi la maladie aura changé de caractères.

Je divise donc mon observation en quatre périodes. A chacune de ces périodes correspondra un groupe particulier de symptômes, ainsi qu'une phase spéciale de la paralysie.

Première période. — *Déviation des traits du côté droit ; paralysie de la septième paire gauche.*

Le premier symptôme fut un léger embarras dans le jeu des paupières du côté gauche. Bientôt le front et la tempe de ce côté cessèrent de se mouvoir. Puis la moitié gauche des lèvres et du menton perdirent leur contractilité et furent entraînés à droite. Jusque-là, la malade n'avait aucunement souffert. C'est alors qu'elle ressentit de l'engourdissement dans la moitié gauche de la langue, sans aucune gêne dans les mouvements de cet organe, en même temps qu'une exaltation vive de l'ouïe, à tel point que les moindres bruits provoquaient à l'intérieur de l'oreille gauche un pénible retentissement. Au bout de vingt-quatre heures, l'oreille et la langue avaient repris leur sensibilité normale ; mais les signes de la paralysie faciale persistaient. Ils avaient acquis leur maximum de développement à l'époque où la malade vint consulter M. Magendie.

Ainsi, distorsion des traits, surtout de la bouche et du menton, du côté droit. Impossibilité de les redresser, de plisser le front, ni de rapprocher complètement l'une de l'autre les paupières gauches. La lèvre supérieure de ce côté est pendante et paraît plus longue que du côté droit ; l'inférieure est

également paralysée dans toute sa moitié gauche. L'intervalle de ces deux lèvres donne issue à un écoulement involontaire de salive. La joue gauche, tiraillée à droite, est tendue, lisse, appliquée sur les dents et les gencives. On la voit se gonfler dans l'expiration, s'affaisser dans l'inspiration. Pendant le repas, les aliments se portent et s'accumulent du côté gauche. Quand la malade parle, rit, communique quelque expression à ses traits, la difformité augmente.

Ce sont donc bien là tous les signes d'une paralysie complète de la septième paire gauche.

M. Magendie prescrit le galvanisme et emploie le procédé qui lui a tant de fois réussi dans les affections de cette nature.

Une aiguille est implantée dans la glande parotide gauche. Une seconde aiguille est successivement placée aux trous sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier du même côté. Nous mettons ces aiguilles en rapport avec les conducteurs de la machine de Clarke, dont on tourne la roue lentement d'abord, puis ensuite un peu plus vite. Chaque commotion galvanique s'accompagne, dans tout le côté correspondant de la face, de douloureux élancements; mais nous remarquons que les muscles se contractent très-faiblement.

Ces séances sont continuées chaque jour de la même manière. Quelquefois, M. Magendie n'emploie qu'une aiguille, celle de la parotide, mais alors il remplace la seconde par le bouton d'un des conducteurs qu'il applique sur la membrane muqueuse de la joue et des lèvres.

Peu de changements dans les premières séances. Les muscles se contractent un peu mieux dans le moment de l'influence du galvanisme, pour retomber ensuite dans leur immobilité. Quant à la sensibilité de tout ce côté de la face, elle est parfaitement intacte.

Vers la sixième séance (9 avril), il est survenu d'importants phénomènes, qui sont le prélude de complications nouvelles dans la marche et le siége de la paralysie.

Deuxième période. — *Redressement passif des traits; paralysie de la septième paire droite.*

La déviation des traits diminue notablement, la bouche est moins tiraillée à droite, en un mot, la paralysie paraît, au premier coup-d'œil, être en voie de guérison. Mais est-ce là une amélioration bien réelle? Consultons les symptômes en les isolant. Les mouvements sont à peu près aussi impossibles du côté gauche qu'ils l'étaient auparavant; de plus, ils sont devenus difficiles du côté droit, où ils étaient restés intacts jusqu'alors. Ainsi, de ce côté l'œil se ferme à peine, le front ne se plisse presque plus, le sourcil devient tombant, tous phénomènes qui ont signalé le début de la paralysie de la septième paire gauche. Il n'y a donc point amélioration; c'est au contraire une paralysie nouvelle qui commence à envahir la septième paire du côté droit.

M. Magendie, dans l'espoir d'en arrêter les progrès, soumet ce côté de la face à l'action galvanique. Mais les muscles se contractent moins bien qu'à l'état normal. Nul doute, par conséquent, que la septième paire du côté droit ne soit bien positivement compromise à son tour.

Mêmes applications galvaniques du côté gauche. Les contractions sont plus prononcées de ce côté, ce qu'il faut en partie attribuer à ce que les muscles antagonistes opposent moins de résistance.

La malade a ressenti dans la journée du 12 avril cet engourdissement du côté droit de la langue et cette surexcitation de l'ouïe que nous avions mentionnés lors de l'invasion de la paralysie gauche. Ce sont donc littéralement les mêmes phénomènes pour la droite.

Malgré plusieurs séances successives, la paralysie de la septième paire droite continue à faire des progrès. Elle est maintenant (15 avril) aussi complète que celle de la septième paire gauche. A ce degré de la maladie, voici quel est l'état de la face:

Il n'y a plus la moindre déviation des traits. Ceux-ci sont réguliers, mais immobiles, impassibles, à tel point que les sensations intérieures ne se traduisent au dehors que par des changements dans la coloration du visage. La malade essaie-t-elle de les fermer, elle ne le peut, et il reste entre les paupières un écartement assez considérable qui laisse apercevoir la teinte blanchâtre de la conjonctive. Les larmes coulent involontairement sur les joues. Le front ne peut plus se plisser. Les sourcils, obéissant à leur poids, pendent au-dessus des orbites, ce qui donne à la physionomie une effrayante expression. Affaissement des narines : souvent, dans les fortes inspirations, elles se rapprochent de la cloison nasale au point de former soupape et d'intercepter complètement le passage de l'air. Les lèvres ont perdu toute faculté contractile; aussi le parler est-il devenu très-embarrassé, surtout pour la prononciation des mots où se trouvent des lettres labiales. A chaque mouvement respiratoire, les lèvres, comme deux voiles mobiles, sortent et rentrent selon la direction du courant de l'air. La mastication est pareillement très-pénible, car les aliments se portent de chaque côté entre les gencives et les joues, et la malade est obligée de se servir du doigt pour les ramener sous les dents. Les joues sont flasques, pendantes, ce qui rend la figure plus longue et la fait paraître vieille.

D'après ces phénomènes, il est manifeste que de chaque côté les muscles soumis à l'influence de la septième paire ont perdu toute action qui leur soit propre pour ne plus remplir qu'un rôle exclusivement passif. On dirait presque une tête inamimée sur un corps vivant (1)!

Cependant la santé générale de la malade n'a point cessé un instant d'être parfaite. L'appétit est conservé, le sommeil calme, la tête reste libre. La

(1) A la fin de certaines maladies qui ont épuisé toutes les forces de l'organisme, les muscles de la face finissent quelquefois par perdre leur contractilité, comme dans le cas où les deux septièmes paires sont paralysées. La physionomie prend alors un étrange aspect. Quand les malades sont couchés sur le dos, les joues, entraînées par leur poids, se portent en arrière, les lèvres se tendent, s'entr'ouvrent, la ligne naso-labiale se dessine davantage; les malades paraissent sourire... Ce sont là de simples phénomènes de pesanteur.

paralysie de la face est donc plutôt ici une incommodité qu'une maladie véritable.

M. Magendie galvanise à peu près tous les jours les deux septièmes paires. Les contractions musculaires deviennent de plus en plus marquées à gauche; elles sont, au contraire, très-faibles du côté droit, c'est-à-dire du côté où la paralysie s'est montrée en dernier lieu.

Troisième période.—*Déviation des traits du côté gauche; guérison de la paralysie de la septième paire de ce côté.*

Vers la douzième séance (18 avril), les traits commencent à se dévier à gauche. Légère d'abord, cette déviation se prononce chaque jour davantage. La malade, qui en avait paru vivement affectée, reconnaît bientôt que ce qu'elle croyait être une nouvelle complication est un symptôme heureux qui coïncide avec le retour des mouvements dans tout le côté correspondant de la face. Ainsi du côté gauche elle peut déjà plisser les lèvres, rider le front, rapprocher les paupières, tandis que ces mêmes mouvements sont encore presque nuls du côté droit.

C'est par le degré de déviation des traits que nous sommes avertis de l'amélioration de la paralysie gauche, de sorte que le même signe qui, dans la première période, nous indiquait le progrès de la maladie, nous indique dans celle-ci le progrès de la guérison. Cette contradiction apparente des phénomènes est bien simple à expliquer. Dans le premier cas, les muscles du côté gauche devenaient plus faibles; dans ce second cas, ils deviennent plus forts.

A chaque application galvanique nous obtenons une augmentation de la contractilité musculaire. Aussi la face est-elle de plus en plus déviée du côté gauche.

Si les muscles de ce côté recouvrent chaque jour quelque chose de leur action, ceux du côté opposé ne restent pas stationnaires. Maintenant (24 avril), ils peuvent exécuter quelques mouvements par la seule volonté de la malade, et le galvanisme les fait contracter bien plus fortement. Mais, qu'on me pardonne cette expression, ils sont en retard par rapport aux muscles du côté gauche. Ceux-ci étaient déjà en voie de guérison que ceux-là n'avaient éprouvé aucune amélioration sensible. De là prédominance des premiers sur les seconds.

Nous voici arrivés à la dix-huitième séance (28 avril). La déviation persiste, bien que de chaque côté les progrès continuent. Ils sont tels du côté gauche que les mouvements de ce côté paraissent être entièrement rétablis.

Quatrième période. — *Redressement actif des traits; guérison de la paralysie de la septième pairedroite.*

Les muscles du côté droit se contractent de jour en jour davantage, et par suite la déviation des traits tend à s'effacer. Le redressement de la face n'est plus ici, comme dans la seconde période, l'indice d'une double paralysie, mais au contraire d'une double guérison. Ainsi, au côté droit les mouvements reviennent de la même manière qu'ils sont déjà revenus du côté gauche. Les larmes et la salive ne s'écoulent plus involontairement, la narine ne s'affaisse plus dans l'inspiration, la malade n'a plus besoin du secours des doigts pour ramener les aliments sous les dents; en un mot, ce sont les mêmes symptômes d'amélioration que nous avons observés du côté gauche alors que la paralysie de ce côté était près de disparaître.

A la vingt-cinquième séance (8 mai), les traits paraissent redevenus réguliers quand la face reste immobile; mais pour peu que la malade parle ou rie, on remarque encore une légère diviation du côté gauche.

A la trentième (15 mai), la face a repris son expression normale. Tous ses mouvements sont libres, et, dans quelque sens que la malade les exécute, on n'aperçoit plus que les traits se dévient d'aucun côté. La paralysie devrait donc être regardée comme entièrement guérie, n'était encore un peu d'embarras dans la prononciation de certains mots qui exigent spécialement l'action des lèvres. Par exemple, la malade ne dira pas couramment *papa*, mais *pa-pa*, en mettant un petit intervalle entre les deux syllabes. Aussi M. Magendie juge-t-il quelques applications galvaniques encore nécessaires.

Dans les séances qui ont suivi, les aiguilles ont été implantées directement dans les muscles, dont les contractions n'étaient point tout à fait assez franches, assez nettes. De cette manière, ces muscles ont été plus vivement stimulés que quand les aiguilles étaient placées aux deux extrémités du nerf.

Il n'a plus fallu qu'un petit nombre de séances pour que la prononciation fût redevenue aussi facile qu'avant l'invasion de la paralysie.

Pendant les premiers jours qui ont suivi la guérison, les yeux sont restés un peu larmoyants, par suite de l'action irritante que l'air avait exercée à leur surface, alors que les paupières ne pouvaient se fermer. Le retour et la persistance des mouvements de clignement ont promptement fait cesser cette légère incommodité.

Depuis cette époque, mademoiselle X. n'a plus éprouvé la moindre gêne dans les mouvements de la face. Ses traits ont repris toute leur vivacité, toute leur expression; il ne reste aujourd'hui aucune trace des deux paralysies.

Cette observation, que j'ai dû rapporter avec quelques détails, pourrait servir de texte à de nombreux développements. Mais mon but n'est pas d'écrire une monographie complète de ces paralysies. Je veux seulement faire, pour le nerf du mouvement de la face, ce que j'ai déjà fait dans un précédent travail (1) pour le nerf du sentiment de cette partie. J'adopterai donc les mêmes divisions. Deux paragraphes vont être consacrés, le premier,

(1) Voir le Bulletin de l'Académie de médecine (Compte-rendu de la séance du 20 octobre 1840), et ma Dissertation inaugurale, 1840.

à l'appréciation physiologique des symptômes offerts par la malade ; le second, à des considérations générales sur les paralysies de la septième paire.

§ I. — *Appréciation physiologique des symptômes offerts par la malade.*

Je commence par établir que, dans l'état actuel de la science, il ne peut exister aucune incertitude sur le siége de ces paralysies du mouvement. Nul doute que ce ne soit le nerf de la septième paire. Nos connaissances à cet égard sont telles, que toute discussion relative à ce point de physiologie me paraîtrait pour le moins superflue.

Maintenant, pour bien comprendre les phénomènes de déviation ou de redressement que les traits ont successivement éprouvés aux diverses périodes de maladie, il suffit de se rappeler quelques principes bien simples de mécanique. Leur application va nous donner la clef de tous ces phénomènes.

On sait que les muscles de chaque côté de la face sont dans un état d'antagonisme permanent, et que le point mobile contre lequel est dirigé leur effort correspond à la ligne médiane. Or, dans l'état normal, les deux forces représentées par ces muscles sont égales, et par conséquent se neutralisent. Il y a donc équilibre. Cet équilibre constitue la régularité de position et d'aspect des deux moitiés du visage.

Que de chaque côté ces forces diminuent ou augmentent d'une même proportion, cela importe peu, mécaniquement parlant. Du moment qu'elles restent égales entre elles, elles se neutralisent, et l'équilibre est conservé.

Il peut arriver que ces forces deviennent nulles. Dans ce cas, les traits n'éprouveront encore de déviation ni à droite ni à gauche, puisqu'ils ne seront plus sollicités d'aucun côté.

Ainsi donc, il n'y a de déviation possible des traits qu'à la condition que les forces, devenues inégales, cesseront de se détruire mutuellement. Voici alors d'après quel mécanisme et dans quel sens aura lieu cette déviation.

Deux circonstances principales peuvent se rencontrer. Ou bien les muscles d'un côté deviennent plus forts que leurs antagonistes : dans ce cas, ils les entraînent ; ou bien ils deviennent plus faibles : dans ce cas, au contraire, ils sont entraînés. Remarquons que, dans le premier cas, il y a augmentation de forces ; dans le second, diminution. Ces deux états, diamétralement opposés, offrent bien, comme symptôme commun, la déviation des traits ; mais celle-ci indique seulement de quel côté sont les muscles les plus forts, de quel côté les muscles les plus faibles, sans apprendre pour cela comment l'équilibre a été rompu. Or, c'est ce dernier point qu'il importe de bien établir pour le diagnostic et le traitement.

Citons un exemple. Deux malades se présentent, tous deux atteints d'une déviation des traits à droite ; chez le premier, il y a paralysie des muscles du côté gauche ; chez le second, contracture des muscles du côté droit (ce dernier cas pourrait aussi s'observer). Bien que les traits soient entraînés du même côté, c'est-à-dire à droite, ne sont-ce pas cependant là deux maladies différentes par leurs causes, différentes par leur siége, différentes par la médication qu'elles réclament ?

Ces principes posés, revenons à notre observation. Je vais d'abord analyser les changements survenus dans la force respective des muscles à chaque période de la paralysie faciale.

Première période. — *Les muscles du côté gauche sont entraînés par les muscles du côté droit.*

Pourquoi le sont-ils ? Parce que la septième paire gauche étant frappée de paralysie, l'équilibre entre les muscles antogonistes se trouve rompu. Ceux du côté gauche sont devenus plus faibles, ceux du côté droit n'ont rien perdu de leur force ; par conséquent la déviation s'est opérée à droite. Il n'y a pas eu ici augmentation de puissance d'un côte, mais seulement diminution de l'autre. La preuve, c'est que tandis que les muscles du côté gauche avaient entièrement perdu leurs mouvements, ceux du côté droit conservaient leur contractilité aussi intacte qu'auparavant.

Deuxième période.—*Les deux côtés de la face deviennent immobiles, et la déviation des traits disparaît.*

Nous venons de voir que les traits ne s'étaient déviés à droite que par le fait de la prédominance des muscles de ce côte. Que s'est-il donc passé ? La paralysie qui occupait la septième paire gauche envahit la septième paire droite ; en d'autres termes, la force qui était nulle à gauche devient pareillement nulle à droite. Du moment que toute prédominance d'action disparaît entre puissances antagonistes, il n'y a plus de déviation mécaniquement possible, car l'élasticité des tissus rétablit l'équilibre : de là redressement des traits. Ceux-ci, n'étant sollicités en aucun sens, doivent rester immobiles en vertu de ce mécanisme tout passif désigné en physique sous le nom de *force d'inertie*.

Troisième période.—*Les muscles du côté gauche entraînent les muscles du côté droit.*

Deux forces étaient en présence, toutes deux annihilées. L'une de ces forces redevient active ; à l'instant les traits se dévient de ce côté. Ici donc la perte d'équilibre est due à une augmentation de puissance des muscles du côté gauche, et non à une diminution de puissance des muscles du côté droit, puisque ceux-ci étaient déjà paralysés. Arrive même une époque de cette période où de chaque côté les deux forces augmentent ; mais, comme du côté gauche les progrès sont plus avancés et plus rapides, la déviation des traits n'en persiste pas moins.

Quatrième période.—*La face reprend ses mouvements et les traits leur régularité.*

Aussitôt que les muscles du côté gauche ont eu recouvré leur contractilité normale, la force représentée par ces muscles a cessé de s'accroître. Du côte droit, au contraire, les progrès ont continué, et, en même temps que les mouvements revenaient de ce côté, la déviation des traits diminuait en égale

proportion. Cela devait être, puisque les forces antagonistes tendaient de plus en plus à se mettre en équilibre. Cet équilibre rétabli, les traits se sont trouvés parfaitement redressés, la physionomie a repris tout son jeu, et nous avons dû regarder la double paralysie comme entièrement guérie.

Ainsi nous pourrions d'un mot caractériser chaque période. Dans la première, diminution d'une des forces. Dans la seconde, absence des deux forces. Dans la troisième, retour d'une des forces. Dans la quatrième, rétablissement normal des deux forces.

Si chez notre malade les deux septièmes paires avaient été affectées d'emblée, et que de chaque côté la paralysie faciale eût suivi une marche parfaitement identique, nous n'eussions observé que des modifications de l'action musculaire, sans aucune déviation des traits. Je ne connais point dans la science d'observation semblable d'une paralysie double; mais, à défaut d'exemple direct, on comprend très-bien, par le simple raisonnement, pourquoi en pareil cas les traits ne sauraient être déviés.

En voilà assez pour ce qui touche à ces phénomènes de mécanique animale. Passons à l'examen d'autres questions.

Et d'abord, peut-on assigner une cause aux deux paralysies dont notre malade a été successivement affectée ? La chose me paraît tout à fait impossible. En effet, les premiers symptômes ont éclaté au milieu de la santé la plus parfaite. Mademoiselle X. ne s'était point exposée à un courant d'air, n'avait pas fait de chute, n'avait reçu aucune contusion sur la joue. Elle n'a pas eu non plus d'impression morale vive, n'a jamais été sujette à des attaques d'hystérie. La menstruation est restée régulière. En un mot, aucune cause, interne ou externe, ne peut être regardée comme point de départ probable de la première paralysie.

Même difficulté pour l'étiologie de la seconde. La malade était déjà en traitement quand celle-ci éclata. C'est donc au milieu des soins et des précautions hygiéniques de tout genre, que le côté droit de la face a été entrepris à son tour. Il y a là quelque chose de tout à fait insolite, de tout à fait inexplicable.

Le mode de développement de ces deux paralysies n'est pas moins curieux à étudier. Elles débutent par les mêmes symptômes, suivent une marche identique, parcourent l'une après l'autre les mêmes phases, sans paraître notablement influencées par la médication énergique qui est dirigée contre elles. A une certaine époque, la même pour les deux, la langue s'engourdit et l'ouïe s'exalte. Il est probable qu'alors la corde du tympan s'est trouvée momentanément affectée. Mais pourquoi deux effets opposés si la cause est semblable ? Pourquoi la sensibilité plus exquise dans l'oreille est-elle devenue plus obtuse dans la langue ? Autant de problèmes insolubles, tant il est vrai que nos connaissances sur les fonctions et les maladies de la corde du tympan sont encore très-imparfaites.

Autre question. La septième paire est, on le sait, composée de deux ordres de filets, les uns moteurs, qui lui appartiennent en propre, les autres sensitifs, qui lui sont fournis par ses anatomistes avec la cinquième paire. Chez notre malade, la paralysie était-elle limitée aux filets moteurs, ou bien, au contraire, les filets sensitifs étaient-ils pareillement affectés ?

J'ai déjà eu soin de faire remarquer, dans le courant de l'observation, qu'à aucune période la sensibilité de la face ne nous avait paru diminuée. Ainsi la piqûre des aiguilles était aussi vivement sentie que dans l'état le plus normal. Mais on pourrait objecter qu'il est difficile, dans cette appréciation de la sensibilité, de faire la part de ce qui appartient à la septième ou à la cinquième paire, puisque ce dernier nerf couvre toute la face de ses nombreuses ramifications, et que, par conséquent, on traverse celles-ci avant d'atteindre la septième paire. L'objection tombe devant le fait suivant que M. Magendie nota plusieurs fois chez la malade, et dont nous avons eu dans bien d'autres cas l'occasion d'apprécier l'exactitude.

Quand on introduit l'aiguille dans la parotide, si on arrive directement sur une branche de la septième paire, à l'instant la douleur s'irradie vers la face en suivant toutes les divisions de la branche piquée. Donc les filets sensitifs ne sont point paralysés comme les filets moteurs. S'il en était autrement, la douleur serait concentrée autour de l'aiguille, ou du moins elle se propagerait seulement dans le sens des divisions de la cinquième paire, car ce serait le seul nerf resté sensible.

On comprend très-bien comment, en pareilles circonstances, la septième paire conserve sa sensibilité. Puisque cette sensibilité est fournie par la cinquième paire, et que ce nerf est intact, pourquoi la septième devientrait-elle insensible ?

C'est ainsi que quand on coupe la septième paire sur un animal, dans la portion comprise entre le trou stylo-mastoïdien et l'anastomose avec la branche auriculo-temporale, l'extrémité du nerf qui correspond à la face n'a rien perdu de sa sensibilité, bien que tout mouvement soit aboli (1). C'est que la sensibilité de la septième paire n'est point puisée par ce nerf dans son point d'insertion à l'encéphale. Elle lui est apportée, par la voie des anastomoses, au-delà de l'endroit où nous avons fait notre section.

Ceci explique pourquoi la paralysie de la cinquième paire entraîne la perte de toute la sensibilité de la septième. Les filets sensitifs de ce dernier nerf ont dû nécessairement être paralysés comme la cinquième paire dont ils émanent.

En résumé, il y a eu chez notre malade paralysie des deux septièmes paires, avec intégrité parfaite des deux cinquièmes, ainsi que l'indique la perte absolue du mouvement et la conservation intacte de la sensibilité de la face.

---

(1) Ces expériences sont consignées en détail dans les deux volumes des Leçons sur le système nerveux, de M. Magendie, que j'ai rédigées et publiées.

§ II. — *Considérations générales sur les paralysies de la septième paire.*

Les paralysies de la septième paire sont bien plus fréquentes que celles de la cinquième. Elles ont aussi beaucoup moins de gravité. Les premières, nous venons de le voir, ne compromettent que le mouvement : les secondes, au contraire, s'attaquent tout à la fois à la sensibilité générale et aux sensibilités spéciales. Témoin le malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine complétement guéri (20 octobre 1840), et qui, pendant trois ans, avait été traité sans succès d'une anasthésie de la moitié droite de la face, avec une perte de la vue, du goût, de louïe et de l'odorat. Il y avait eu, de plus, chez ce malade, abolition de la contractilité des muscles qui meuvent la mâchoire inférieure, parce que la branche motrice de la cinquième paire était paralysée au même degré que la branche sensitive.

La paralysie de la septième paire ne détermine aucune altération dans la nutrition des parties où le nerf se distribue, tandis que la paralysie de la cinquième en entraîne souvent de très-graves, de très-profondes, et même qui peuvent aller jusqu'à la destruction par la gangrène de toute la moitié correspondante de la face.

Si la paralysie d'une des deux septièmes paires s'observe très-fréquemment, il est au contraire excessivement rare que ces deux nerfs soient affectés ensemble chez la même personne. Je crois, sous ce rapport, et j'en ai déjà fait la remarque, que mon observation est unique dans la science. Elle n'a fait, du reste, que confirmer ce que la physiologie expérimentale nous avait appris, car nous savions par celle-ci que la section des deux septièmes paires sur l'animal vivant, entraîne l'immobilité absolue de la totalité de la face.

La perte du mouvement de tous les muscles sous-cutanés, dans les cas d'hémiplégie faciale, s'explique à merveille par la distribution du nerf atteint de paralysie. C'est là une question exclusivement anatomique que M. le professeur Bérard aîné a traitée très en détail dans un mémoire inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurchicales*. N'ayant aucune particularité nouvelle à signaler, je renvoie le lecteur à cet intéressant travail.

Ainsi, nulle difficulté pour reconnaître et interpréter les symptômes de la paralysie de la septième paire.

Mais il reste encore à établir de quelle nature est cette paralysie. Celle-ci dépend elle d'une affection propre du nerf, ou bien son siége est-il dans le système nerveux central ? Question grave, qu'il faut résoudre avant toute les autres, car elle les domine toutes. En effet, telle médication qui serait convenable dans le premier cas pourrait devenir inutile ou même nuisible dans le second.

De toutes les maladies du cerveau, l'hémorrhagie est celle qui s'accompagne le plus constamment de la paralysie de la face. Quand il y a en même temps paralysie des membres du même côté, le diagnostic ne saurait être douteux. Mais cette dernière paralysie peut manquer, bien qu'il y ait eu hémorrhagie, ainsi que l'a prouvé, par exemple, l'ouverture du cadavre de Dupuytren. D'autres fois elle existe à un trop degré faible pour que le malade en ait la conscience, et alors elle peut aussi échapper au médecin, surtout si c'est le côté gauche qui est paralysé, ce côté étant habituellement moins fort que le côté droit. Ainsi donc, par cela seul que les membres ne paraîtront pas compromis, on n'en conclura pas toujours que l'hémiplégie faciale n'est point liée à une hémorrhagie du cerveau.

Pour arriver à un diagnostic plus précis, plus certain, il faut se guider spécialement sur les caractères suivants :

Dans l'hémorrhagie cérébrale, les traits sont bien moins déviés, les muscles de la face conservent quelques mouvements. *Les malades peuvent facilement, du côté paralysé, rapprocher les paupières et plisser le front.* Au contraire, s'il y a lésion même du nerf et non épanchement dans le cerveau, la déviation des traits est bien plus considérable, et toute contractilité musculaire a disparu. *L'occlusion des paupières et le plissement du front sont devenus impossibles.*

M. le professeur Andral attache une très-grande valeur à ces caractères différentiels. Pour moi, j'ai été plus d'une fois à même, dans des cas douteux, d'en reconnaître la justesse et l'importance.

On comprend combien, en pareilles circonstances, une erreur de diagnostic serait grave ; peut-être même deviendrait-elle fatale. Si, en effet, chez une personne atteinte d'une hémorrhagie cérébrale récente, on allait galvaniser la septième paire, croyant n'avoir affaire qu'à une paralysie idiopathique de ce nerf, ne serait-il pas à craindre que la stimulation électrique ne retentît jusqu'à l'encéphale et ne déterminât un nouvel épanchement ?

Si l'hémorrhagie était ancienne, que le sang fût résorbé et le foyer cicatrisé, on n'aurait pas à redouter d'accidents de cette nature. Bien loin de là, j'ai souvent, dans ces cas, retiré de très-bons effets de l'emploi du galvanisme. C'est donc seulement dans les hémorrhagies récentes que je rejette cette médication comme irrationnelle et dangereuse.

L'hémorrhagie n'est pas la seule maladie du système nerveux central qui peut amener la paralysie de la face. Celle-ci reconnaîtra également pour point de départ un ramollissement, un cancer, une masse hydatique, un tubercule, en un mot, toute espèce d'altération développée dans l'encéphale. Il en serait de même d'une exostose, d'une tumeur quelconque comprimant cet organe et gênant son jeu. Mais comme ces divers états morbides se reconnaissent à des signes particuliers, et qu'alors la paralysie de la septième paire n'est plus qu'une fraction de la maladie principale, je n'insisterai point sur chaque diagnostic.

Je suppose donc ce premier point décidé : la perte du mouvement de la face ne dépend pas d'une affection cérébrale, mais seulement d'une lésion de la septième paire. Peut-on, dès-lors, appliquer en toute sécurité le galvanisme ?

Il faut encore auparavant s'être assuré, par une appréciation sévère de tous les antécédents et de toutes les phases de la paralysie, que l'organisation du nerf n'a subi aucune atteinte. Il n'y a de guérison possible qu'à la condition que la septième paire, lésée seulement dans ses fonctions, est restée intacte

dans son tissu. Ainsi, on ne peut porter trop de soin à cet examen. Lorsque le cas me paraît douteux, je n'hésite pas à tenter le galvanisme, mais à très-faible dose, et plutôt comme essai que comme traitement. Si, au bout de quelques séances, il y a du mieux, je persévère. Si la paralysie n'est point améliorée, je m'arrête et suspends la médication avant qu'elle ait pu avoir aucun inconvénient.

J'ai eu plus d'une fois sujet de m'applaudir de semblables tentatives. Je n'en citerai qu'un exemple.

Une dame, âgée de 62 ans, femme d'un ancien chirurgien militaire, vient me consulter, il y a quelques semaines, pour une hémiplégie faciale du côté gauche. La paralysie existait depuis plus d'un an et avait été précédée d'un écoulement très-abondant de pus par l'oreille du même côté. Je prescrivis quelques injections astringentes qui arrêtèrent l'écoulement, mais la paralysie persista. Devais-je recourir au galvanisme ? Il y avait à craindre ici une carie du rocher s'étant étendue jusqu'au canal spiroïde et ayant attaqué le tronc même de la septième paire. Cependant, je me décidai à agir, d'autant plus que tous les autres modes de traitement avaient été jusqu'alors infructueux, et que les traits étaient tellement déformés que la malade n'osait plus paraître en public. A la vingt-cinquième séance, la la face avait repris son aspect naturel, et elle l'a conservé depuis.

Nous voici maintenant arrivé à la manière d'administrer le galvanisme et au choix des appareils.

J'ai déjà exposé dans un précédent mémoire (1) inséré dans la *Gazette Médicale*, les procédés à suivre pour cette petite opération. Je suis encore entré ici dans de nouveaux détails, en rapportant l'observation qui fait l'objet de ce travail. Il me me reste donc fort peu de mots à ajouter pour compléter les renseignements relatifs aux applications galvaniques.

On se sert d'aiguilles en platine ou en or que l'on enfonce, avec les précautions convenables, dans les points de la face que j'ai indiqués. M. Magendie recommande d'agir en même temps sur la cinquième et la septième paire, à cause de l'influence que le premier de ces nerfs exerce sur le second. Ainsi on implatera une aiguille dans l'épaisseur de la parotide ; une autre à l'un des trous sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, ou mieux au trois successivement. Si dans le courant du traitement, quelque muscle paraît plus réfractaire à l'action galvanique, on y introduira la seconde aiguille, en laissant en place celle de la parotide.

Il ne faut pas craindre de faire pénétrer les aiguilles au-delà de la peau, puisque c'est la contractilité musculaire qu'il importe de stimuler.

L'introduction des aiguilles, quoiqu'à peine douloureuse, inspire quelquefois aux malades une répugnance invincible. Dans ce cas on ne se sert que des conducteurs, que l'on dispose de la manière suivante : l'un, terminé par une surface plane, est appliqué au devant de l'oreille, sur la région parotidienne. L'autre, terminé en olive, est promené à la face interne de la joue et des lèvres, du côté paralysé. De cette manière le fluide galvanique agit également sur le nerf ; mais son action est bien moins efficace que quand on emploie les aiguilles.

On est quelquefois obligé, surtout chez les jeunes enfants, de recourir à quelque stratagème pour administrer le galvanisme. C'est alors au médecin à modifier le procédé opératoire suivant les circonstances, et on comprend qu'il est impossible d'établir aucune règle à cet égard. Je veux cependant rapporter comment nous nous y sommes pris, M. Leuret et moi, sur le fils du duc de..., dont l'indocilité extrême et l'état mental s'opposaient à ce qu'il se prêtat au traitement.

Nous voulions galvaniser la langue paralysée du mouvement ; mais le malade, intrigué de notre présence et de nos préparatifs, refusait d'ouvrir la bouche. Nous étions bien parvenus à placer, à son insu, une aiguille sur le trajet du nerf hypo-glosse, vers l'angle de la mâchoire : toute la difficulté était donc d'atteindre la langue. Une pile galvanique avait été préparée d'avance, ainsi que des pastilles en chocolat que nous avions traversées d'un fil d'argent très-mince, lequel fil tenait à un des conducteurs de la pile. Nous donnâmes au malade une de ces pastilles ; pendant qu'il la faisait fondre dans sa bouche, l'un de nous, placé en arrière, touchait l'aiguille avec l'autre conducteur. La langue recevait alors une commotion. Nous remplacions la pastille fondue par d'autres disposées de la même manière, jusqu'à ce que la séance fût terminée.

Quelquefois, au lieu de pastilles, nous nous servions de confitures que le malade prenait lui-même avec une cuillère d'argent. Mais à cette cuillère tenait un conducteur. Aussi nous n'avions qu'à toucher l'aiguille avec l'autre conducteur pour que la langue reçût la commotion galvanique.

On peut varier de mille manières ces applications, du moment qu'on en possède bien la théorie physique. L'important, c'est d'agir sur les deux extrémités du nerf. Parlons maintenant du choix des appareils.

La parfaite identité des fluides électriques, magnétiques et galvaniques, est généralement admise aujourd'hui par les physiciens. Ainsi, peu importe tel appareil ou tel autre, puisque la nature du fluide obtenu est la même. Celui-là devra être préféré qui sera le plus simple, le plus commode et dont l'action pourra être le plus facilement graduée.

La pile à auge de Volta convient dans presque tous les cas où le galvanisme est indiqué. J'ai décrit avec détail ses propriétés et son mode d'emploi, dans mon mémoire sur les névralgies (1), je n'y reviendrai pas ici. J'ajouterai seulement que, pour la paralysie faciale, il faut avoir soin que le pôle négatif soit dirigé vers le tronc du nerf, et le pôle positif vers ses divisions. De cette manière, la contraction des muscles est beaucoup plus prononcée que si les pôles sont disposés dans un autre sens. On peut aussi de temps en temps les faire alterner.

La machine électro-magnétique de Clarke est,

(1) Des névralgies et de leur traitement.

(1) Op. cit., page 7 et suivantes.

sans contredit, l'appareil préférable à tous les autres. C'est le seul dont M. Magendie se serve depuis plusieurs années; c'est aussi celui que j'ai adopté dans ma pratique, mais en y faisant quelques modifications que je vais indiquer ici, car elles me paraissent avantageuses dans un grand nombre de circonstances.

Mon appareil est disposé de manière à ce que le courant passe toujours dans le même sens, au lieu de passer alternativement dans un sens et dans l'autre, comme cela a lieu pour la machine ordinaire de Clarke. Les deux fluides se trouvent ainsi isolés, et l'opérateur peut les diriger à son gré vers tel ou tel point. Aux angles antérieurs de la tablette sont deux trous, sortes de réservoirs où l'on fixe les deux conducteurs chargés de transporter le fluide. La lettre P indique le pôle positif, la lettre N le pôle négatif.

Les effets du courant se fond sentir sur l'individu en rapport avec les conducteurs chaque fois que le ressort du milieu abandonne la pièce de cuivre et vient retomber sur le cylindre d'ivoire. C'est dans le point d'échappement qu'on aperçoit l'étincelle.

Il y a deux manières de graduer la force de l'appareil. D'abord le mouvement de la roue. Suivant que ce mouvement est lent ou rapide, la commotion est faible ou intense. Ensuite la disposition de l'armature en fer doux. L'appareil est à son maximum de force quand l'armature est ôtée; à son minimum, quand elle est couchée à plat sous les aimants; à un degré intermédiaire entre le maximum et le minimum, quand elle est placée de champs.

Cette armature a encore pour destination de conserver la propriété et l'action des aimants. Aussi faut-il ne pas négliger dela remettre en place quand on ne se sert pas de l'appareil.

C'est M. Breton, mécanicien fort habile et fort instruit, qui a confectionné, d'après mes indications, la machine électro-magnétique dont je viens de donner un court aperçu. Il a également modifié avec beaucoup d'avantage le petit appareil dont il est l'inventeur, et que j'ai eu quelquefois aussi l'occasion d'employer. Cet appareil peut, au besoin, remplacer la machine de Clarke; mais, malgré ses perfectionnements, il est moins simple et moins commode.

La pile à auge de Volta, la machine de Clake et celle de M. Breton, sont les trois appareils dont j'ai le plus souvent étudié l'usage; et si je n'en décris pas d'autres ici, c'est que ceux-ci me paraissent parfaitement remplir toutes les conditions que réclame l'application du galvanisme aux paralysies de la face.

Quelle est la durée du traitement de ces paralysies? Elle n'a rien de bien fixe. Il faut rarement moins de quinze à vingt séances. Ce dernier chiffre me paraît être le terme moyen. J'ai vu cependant la guérison obtenue en dix séances. Un médecin anglais, auquel M. Magendie vient de donner des soins pour une paralysie de la septième paire droite, était complétement guéri à la quatorzième séance. Mais tous les cas ne sont point aussi heureux.

C'est le matin, au moment du réveil, que l'état des malades soumis au traitement galvanique est le plus satisfaisant. Quelquefois, bien que la paralysie dure encore, les traits paraissent tout à fait redressés; mais ils se dévient de nouveau, quand les muscles du côté droit entrent en contraction. Pour que la paralysie doive être regardée comme entièrement guérie, il faut que les deux côtés de la face exécutent leurs mouvements avec la même liberté et le même ensemble, sans déviation aucune.

Une séance par jour suffit; deux pourraient fatiguer le malade et irriter la face. Il est même bon, de temps en temps, de suspendre le galvanisme pendant un ou deux jours; car souvent, dans cet intervalle, la guérison continue à faire des progrès rapides.

Aucun médicament à prendre à l'intérieur; aucun topique à appliquer sur la face. Je me suis cependant assez bien trouvé de prescrire, entre les séances, des frictions avec l'alcool camphré sur les parties paralysées.

Tel est le traitement, aussi simple qu'efficace, des paralysies de la septième paire par le galvanisme. J'ai déjà recueilli dans ma pratique, et surtout dans celle de M. Magendie, un nombre considérable de faits qui prouvent le parti puissant qu'on peut tirer de cette médication, quand elle est appliquée à propos et d'après les données d'une saine physiologie. Je compte publier ces faits dans un prochain travail. Je reviendrai aussi sur ces graves et intéressantes questions de physique médicale, qui n'ont été que trop longtemps du domaine l'empirisme, et qui, injustement dépossédés, doivent reprendre dans la science la place qui leur appartient.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 38.)

---

53. *Mémoire sur les effets de l'immobilité absolue des articulations, sans maladie préalable;* par M. Teissier, de Lyon, D. M. P.

Parmi les nombreuses questions qui se rattachent d'une manière directe à l'histoire physiologique et pathologique de la locomotion, il en est une qui ne me semble pas suffisamment connue, et qui cependant mérite un haut intérêt, je veux parler de l'influence de *l'immobilité parfaite longtemps continuée dans les articulations.*

On peut étudier les effets du repos, comme ceux de l'exercice musculaire, sous un double point de vue : 1° celui de la santé générale; 2° celui de l'état local des jointures elles-mêmes. La première partie se trouve longuement traitée dans tous les ouvrages d'hygiène; et dans ces dernières années, Astley Kooper, MM. Velpeau, Seutin, Bérard jeune, s'appuyant sur de nombreuses observations pratiques, ont spécialement insisté sur les dangers qu'on faisait courir aux vieillards affectés de fractures du col du fémur, en les soumettant au repos absolu qui débilite profondément leur constitution et détermine la formation d'escarres au sacrum. Il reste, je crois, peu de chose à apprendre sur ce premier point; aussi ne m'en occuperai-je pas dans ce mémoire. La seconde partie, c'est-à-dire l'influence de l'immobilité sur l'état local des jointures peut à son tour être envisagée sous deux faces, suivant

que l'articulation soumise au repos est *saine* ou malade.

En 1830, M. Lugol, dans son excellent *Mémoire sur l'emploi de l'iode contre les affections scrofuleuses*, consacra un chapitre entier aux avantages de l'exercice du corps dans les cas de tumeurs blanches du pied, du genou, de la hanche, etc., contrairement au conseil donné par les praticiens de tenir les malades au repos du lit. Un an plus tard, M. Voisin publia, dans la *Gazette Médicale*, un travail remarquable ayant pour but la défense des opinions de M. Lugol sur l'exercice, et s'attacha surtout à démontrer, par des faits cliniques, que par l'exercice général du corps et local des articulations affectées, les tumeurs blanches pouvaient guérir sans ankylose et en peu de mois, tandis que l'adhérence des os était ordinairement le résultat du séjour au lit, quand le malade était assez heureux pour résister à l'état profond de débilité qu'entraîne ce mode de traitement, et pour obtenir, après un temps toujours très-long, la curation de sa tumeur blanche. Enfin, en 1839, M. Barthez, dans sa thèse pour le doctorat, soutint la même cause devant la Faculté de Paris, et chercha surtout à prouver que le mouvement local, sagement administré, n'aggravait nullement l'état d'une jointure dont les éléments étaient enflammés.

Le problème de l'influence de l'immobilité sur les articulations malades se trouve-t-il aujourd'hui résolu par les travaux de M. Lugol et de ses disciples? Je n'oserais l'affirmer. La question est si complexe, si difficile, qu'il est sage, je crois, de rester encore dans le doute à ce sujet. Quand une ankylose se forme dans une jointure affectée de tumeur blanche et tenue dans le repos, on peut bien dire que ce repos a aidé à la production de la soudure, mais je ne pense pas qu'on puisse affirmer qu'elle n'aurait pas été produite par les seuls progrès de la maladie; aussi attendrons-nous encore de nouvelles observations et de nouvelles expériences avant de nous prononcer sur cette matière d'une façon définitive.

J'ai voulu, avant d'aborder le sujet principal de ce mémoire, me débarrasser des questions collatérales sur lesquelles je n'avais aucune idée nouvelle à présenter; j'ai éliminé, dans cette intention, d'une part l'influence de l'immobilité sur la santé générale, et d'une autre part son influence locale sur les articulations malades. Mais *que devient une jointure parfaitement saine qu'on tient dans l'immobilité absolue?* Voilà le problème qu'il s'agit maintenant de résoudre. Il est posé en termes clairs et précis; le lecteur pourra donc facilement apprécier la valeur des arguments que je vais soumettre à sa critique.

Immobilité des articulations saines. — Plus d'une personne s'étonnera sans doute que je soulève une pareille question, quand elle semble avoir été tranchée par J.-L. Petit, Boyer, Hunter; mais il me sera facile de prouver qu'elle n'a pas été le moins du monde résolue d'une manière rigoureuse, et qu'elle est aujourd'hui complétement à revoir. En effet, en lisant avec attention ces auteurs, on s'aperçoit bientôt que les lésions attribuées par eux à l'immobilité des articulations ont été indiquées, non d'après un examen nécroscopique, qui seul peut conduire à un résultat incontestable, mais uniquement d'après l'observation clinique, dont je comprends la valeur, mais qui, dans ce cas, est insuffisante. En un mot, on ne voit pas que J.-L. Petit, Boyer, etc., aient eu l'occasion d'observer sur le cadavre les altérations que, par théorie, ils ont cru devoir admettre dans les jointures soumises au repos absolu; et l'on m'accordera bien, je pense, que c'est à l'anatomie pathologique seule qu'appartient le droit de vider cette question. Dailleurs un assez grand nombre d'auteurs modernes, sur l'autorité desquels on peut s'appuer, MM. Cruveilhier, Kunholtz, Malgaigne, Vidal de Cassis, ont aussi pensé que la science ne possédait pas à ce sujet des faits bien probants, puisqu'ils nient que l'immobilité seule puisse produire l'ankylose vraie, ce qui avait été admis presque sans restriction par les chirurgiens du siècle dernier. Plus loin, j'aurai l'occasion de citer un passage extrait des leçons orales de M. Velpeau, duquel il résulte que les effets de l'immobilité ne sont pas encore connus, et qu'ils constituent un point de recherches sur lequel il n'y a presque rien de fait de nos jours, ce qui découle, au reste, du peu d'accord qui existe entre les auteurs sur ce sujet.

Cependant, tout le monde comprendra l'importance d'une pareille question. N'est-il pas du plus haut intérêt pour tous les chirurgiens et les médecins de savoir d'une manière positive si l'immobilité prolongée pendant plusieurs mois peut ou ne peut pas déterminer de graves altérations dans les articulations des membres? D'abord, elle se rattache d'une manière directe à l'histoire des ankyloses, à celle de la paralysie, de la sciatique, etc.; mais surtout elle se rattache par les liens les plus étroits à la thérapeutique des fractures. On discute tous les jours pour savoir quel est le meilleur mode de traitement de ces maladies : les uns veulent la méthode ancienne, l'*extension permanente;* les autres la *demi-flexion de Pott ou de Dupuytren;* ceux-ci préconisent la *suspension,* ceux-là le *bandage inamovible*, etc,; et l'on ne semble pas se douter qu'on néglige un élément essentiel dans cette importante discussion, à savoir, la comparaison des avantages et des inconvénients du *mouvement* et du *repos* dans le traitement des solutions de continuité des os. J'ai compris qu'il y avait là une lacune assez large, mlagré les travaux de MM. Bérard jeune, Seutin et Velpeau sur les avantages de la déambulation dans le traitement des fractures du col du fémur chez les vieillards. Cette la cune, je crois l'avoir aujourd'hui comblée, grâce aux conseils et à l'obligeance de M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; car c'est lui qui a mis à ma disposition la plupart des faits que je ferai bientôt connaître.

Je vais d'abord démontrer anatomiquement que l'immobilité longtemps continuée peut produire des maladies très-graves dans les articulations saines.

2° Je chercherai comment le repos agit dans la production de ces maladies.

3° Je terminerai par quelques applications pratiques tirées de la connaissance des effets de l'immobilité.

L'immobilité absolue des articulations peut occasionner, 1° *leur simple raideur;* 2° *l'épan-*

chement de sang ou de sérosité dans leurs cavités ; 3° l'injection des synoviales et la formation de fausses membranes ; 4° l'altération des cartilages sans adhérence des surfaces articulaires ; 5° l'ankylose.

Raideur musculaire. — Ce phénomène s'observe très-fréquemment et a été signalé, d'ailleurs, par tous les auteurs, sans exception. Les ouvrages classiques les plus élémentaires répètent les uns après les autres que le repos absolu atrophie les muscles, les rétracte, et fait perdre aux ligaments leur extensibilité naturelle. En sorte que je n'ai rien à ajouter sur ce sujet. Au contraire, je me plaindrai de ce que les auteurs ont fait jouer un trop grand rôle à cette simple raideur, et de ce qu'ils ont confondu avec elle des maladies intra-capsulaires fort importantes, comme je le prouverai tout à l'heure.

Epanchements de sang et de sérosité. — Les épanchements de sang sont regardés par presque tous les chirurgiens comme la conséquence de coups, de chutes, de violences extérieures, en un mot, et jamais comme la conséquence du repos. Cependant, quelques hommes très-rares, parmi lesquels je dois surtout citer M. Sanson aîné, ont parlé d'un scorbut local qui peut être produit par l'immobilité prolongée; mais ils ont fait principalement allusion aux taches violettes que présente assez souvent la peau d'un membre qui n'exécute aucun mouvement. Enfin, je ne connais personne qui ait décrit d'une manière explicite l'exhalation séro-sanguinolente qui se fait dans les articulations saines par le seul séjour au lit. Depuis que j'examine avec attention les jointures de tous ceux qui meurent après avoir été condamnés pendant un temps plus ou moins long à l'immobilité absolue pour cause de fractures, j'ai trouvé presque constamment dans toutes les cavités articulaires du membre malade, même dans celles qui sont le plus éloignées de la solution de continuité, la sécrétion de synovie remplacée par une quantité tantôt faible, tantôt assez grande de sérosité sanguinolente, et même par du sang liquide presque sans mélange. Je dois signaler ici que je n'ai jamais rencontré de caillots. Cette extravasation sanguine ne se fait pas seulement dans la cavité synoviale, mais elle se produit aussi très-souvent dans les parties molles extra-capsulaires, dans le tissu cellulaire sous-synovial, par exemple, dans les fibres musculaires et jusque sous la peau. Elle est d'ailleurs d'autant plus abondante que le séjour au lit a été plus longtemps continué, plus évidente chez les vieillards que chez les adultes; elle était très-notable chez un jeune homme qui, depuis bon nombre d'années, s'adonnait à la masturbation, et qui avait un gonflement scorbutique des gencives. Dans les paragraphes suivants, je citerai plusieurs observations, et, dans presque toutes, nous retrouverons à l'autopsie l'épanchement de sang.

J'ai eu l'occasion deux fois d'observer une hydartrose considérable du genou sur des individus porteurs, l'un d'une fracture simple de la partie moyenne du fémur, l'autre d'une fracture des deux os de la jambe, un peu au-dessus des malléoles. Tous deux jouissaient d'une santé robuste avant leur accident; jamais ils n'avaient ressenti la plus légère douleur dans les genoux, ni la moindre gêne dans les fonctions de cette articulation. Le premier avait 48 ans, et le second n'en avait que 35. Eh bien! malgré toutes ces conditions de force on ne peut plus favorables, alors que le cal osseux étant déjà formé, alors que la guérison de la fracture était non pas accomplie, mais très-avancée, on vit chez ces deux hommes le genou du membre fracturé s'engorger, devenir fluctuant, et présenter, en un mot, tous les signes d'une hydartrose abondante. Cette complication fut de courte durée chez le malade porteur de la fracture de la jambe; mais elle fut très-rebelle chez l'autre sujet : elle persista longtemps après la soudure parfaite des fragments osseux, et elle entraîna à sa suite la perte complète des mouvements du genou et une ankylose probablement fibreuse.

Ces deux derniers faits sont très-curieux; mais faut-il mettre sur le compte seul du repos l'hydropisie articulaire qui est venue les aggraver? Je n'oserais l'affirmer, parce que je veux apporter la plus rigoureuse sévérité dans mes déductions. Il est impossible, quoique la supposition soit fort douteuse, qu'une inflammation partie de la fracture se soit propagée jusqu'à l'articulation tibio-fémorale, le long du fragment inférieur du fémur dans le premier cas, et du bout supérieur du tibia dans le second. On sait, en effet, avec quelle facilité les inflammations se communiquent le long des cylindres osseux. Il est vrai que ni l'un ni l'autre malade n'a accusé les douleurs qui caractérisent l'ostéite. Cependant, ne pouvant m'appuyer sur l'examen de pièces anatomiques, je me trouve dans l'impossibilité de fournir les preuves d'une absence d'irritation des os, et j'accorde volontiers que ces deux observations n'ont qu'une valeur restreinte.

Injection des synoviales; formation de pseudo-membranes. — A côté des épanchements qui se font à l'intérieur des articulations à la suite de l'immobilité parfaite, et comme ayant avec eux des connexions intimes, je dois mentionner ici l'injection des synoviales que j'ai observée dans tous les cas, sans exception, où j'ai pu faire l'ouverture des cadavres, et la production de fausses membranes que j'ai rencontrée deux ou trois fois. L'injection, que je signale, ne se fait pas d'une manière égale dans toute l'étendue de la séreuse articulaire : elle existe surtout dans ces replis que les synoviales présentent normalement et qui ont une apparence frangée. Ces replis deviennent gonflés, d'un rouge plus ou moins foncé; ils sont comme imbibés par une hyperhémie passive.

Quant aux pseudo-membranes, elles ont aussi un aspect rougeâtre et ne flottent pas libres dans la cavité articulaire. Toutes les fois que je les ai vues, elles adhéraient aux surfaces cartilagineuses des extrémités par une grande partie de leur surface.

Altérations des cartilages. — On ne trouve dans les livres que des renseignements très-peu détaillés et même inexacts sur ce genre de lésions produites par le repos. La plupart des auteurs, en effet, se sont bornés à dire que l'immobilité des articulations enlève aux cartilages leur poli, qu'elle les rend secs, rugueux et raboteux; mais jamais ils ne sont allés plus loin; et encore, en émettant une

semblable opinion, ils s'appuyaient non pas sur des ouvertures cadavériques, mais sur quelques phénomènes observés chez le vivant, tels que la crépitation qu'on perçoit toutes les fois que la sécrétion synoviale est diminuée, et sur la difficulté avec laquelle, dans ces cas, les surfaces osseuses roulent les unes sur les autres. Quelques autres ont présumé que les cartilages, par suite d'un contact longtemps prolongé, pouvaient s'amincir et s'user; mais ne possédant aucune preuve visible de cette opinion, ils sont restés prudemment dans le doute. Quant à moi, je ne saurais garder la même réserve, et je ne crains pas d'affirmer que le repos absolu peut déterminer des altérations fort remarquables des cartilages, telles que leur gonflement, leur ramollissement, leur érosion et leur amincissement.

Prouvons d'abord par des faits cette assertion, et plus tard nous chercherons l'explication de tous ces phénomènes.

Obs. I. — Un homme de 60 ans entre, dans le courant du mois d'avril 1838, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une fracture oblique du fémur, située à la moitié environ du corps de cet os. On place le membre dans l'appareil de Boyer, et on le soumet à l'extension permanente. Le même traitement fut continué pendant trois mois sans permettre au malade d'exécuter le moindre mouvement, et cependant sans obtenir la consolidation. Au bout de ce temps, le malade, débilité, soit par le séjour du lit, soit par l'air vicié des salles d'hôpital, perd l'appétit, contracte la diarrhée et succombe, sans avoir éprouvé de douleurs dans les articulations du membre fracturé.

A l'autopsie nous avons trouvé les lésions suivantes :

Etat de la fracture. — Les fragments sont mousses et arrondis, et ne présentent pas la moindre trace d'agglutination. Un faisceau de fibres musculaires sépare les deux bouts osseux. Les parties molles sont infiltrées de sang noir dans une grande étendue, mais ne présentent aucun signe d'inflammation.

Genou du côté malade. — Cette articulation, restée immobile pendant trois mois, contenait une grande quantité de sang épanché; le cartilage de la fossette articulaire interne du tibia présentait en arrière une perte de substance à peu près circulaire, ayant un centimètre de diamètre, n'affectant que la moitié de l'épaisseur du cartilage du côté libre. Le fond était inégal et comme chagriné; la circonférence était injectée à quelques lignes de distance.

La portion du cartilage du condyle interne du fémur, contiguë à l'érosion dont nous venons de parler, était perforée dans toute son épaisseur par une perte de substance semblable par son aspect et par ses dimensions.

Le cartilage de la fossette articulaire externe du tibia était ulcéré en arrière, dans un espace irrégulier, ayant environ 2 centimètres de longueur. La perte de substance était peu profonde, le fond était inégal; le tissu du cartilage qui supportait cette érosion était évidemment ramolli et tuméfié; tout autour d'elle, le cartilage présentait une injection d'un rouge vif uniforme. On observait une rougeur semblable sur le cartilage du condyle externe du fémur, dans toute l'étendue correspondante à cette dernière perte de substance.

Les cartilages malades se détachaient des os avec la plus grande facilité, mais le fémur n'avait subi aucune altération.

Pied. — L'articulation tibio-tarsienne, malgré son éloignement de la fracture, présentait aussi un épanchement de sang, une teinte jaunâtre des cartilages, qui étaient aussi dépolis, et une injection avec tuméfaction de la synoviale, qui forme un repli entre le tibia et le péroné.

Remarquons en passant que cet homme, durant tout son traitement, n'a jamais éprouvé de douleurs dans le genou, et que cependant nous avons trouvé chez lui une maladie des cartilages. Ce fait est donc contraire à l'opinion de Brodie, qui considère la douleur vive comme le symptôme caractéristique des ulcérations des cartilages. Nous aurons encore plusieurs fois l'occasion de signaler l'absence de ce signe.

Obs. II. (Communiquée par mon ami le docteur Martin.) — Il s'agit d'une femme d'environ 70 ans, d'une constitution altérée, soit par le grand âge, soit par d'anciennes souffrances et la misère, qui fut retenue au lit, pendant 68 jours, pour une fracture intra-capsulaire du col du fémur. Elle fut placée par M. Pétrequin dans l'appareil de Desault, et au bout de plus de deux mois d'immobilité, passagèrement interrompue par l'indocilité de la malade, au moment où la formation du cal permettait au chirurgien de suspendre l'extension, trop fatigante pour cette femme, elle a été enlevée par une bronchite intense, liée à une constitution catarrhale, qui a régné épidémiquement à Lyon pendant l'hiver de 1840.

Autopsie du membre malade. — Les mouvements de flexion du genou sont presque nuls et paraissent empêchés par l'engorgement des ligaments latéraux, perdus au milieu d'un tissu cellulaire infiltré de sérosité et devenu compacte. A l'intérieur de l'articulation, on trouve un épanchement de sang un peu séreux, s'élevant à environ 30 grammes. La portion de synoviale qui recouvre l'échancrure inter-condylienne est très-épaissie, boursouflée et comme ecchymosée. Celle qui tapisse les ligaments croisés est également infiltrée de sang. Une arborisation vasculaire, entremêlée de macules ou taches d'ecchymoses, se dessine sur la moitié interne du condyle externe du fémur, dont le cartilage est dépoli sur plusieurs points. Le cartilage du condyle externe est également dépoli en partie et généralement ramolli, ainsi que toute la croûte cartilagineuse des surfaces articulaires de la rotule et du tibia, qui ont pris une teinte jaune bien prononcée. Les ménisques sont infiltrés de sang. Les paquets cellulo-adipeux, qui garnissent et soutiennent la face postérieure du ligament rotulien, sont engorgés et terminés par un repli de franges sanguinolentes, qui pénètre dans l'interligne articulaire fémoro-tibiale.

Le cartilage de la rotule est en grande partie absorbé et considérablement ramolli, comme nous l'avons déjà dit, dans ce qui survit à sa destruction. La diffusion sanguine se montre par plaques sur les parties du cartilage conservé.

Les os ne présentent aucune trace d'inflammation.

Il est fâcheux que dans ce cas on n'ait par fait l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne ; mais, malgré cet oubli, l'observation n'en demeure pas moins précieuse. En effet, personne ne peut nier qu'il ne soit fort remarquable de rencontrer des altérations graves dans un genou parfaitement sain avant l'accident qui a causé la fracture, dans un genou qui n'a reçu aucune contusion, et qui est si éloigné du siége de la solution de continuité osseuse.

Immédiatement après ces deux premiers faits, et pour les corroborer, je crois devoir en placer un troisième, que je décrirai d'une manière très-succincte, parce qu'il ressemble beaucoup aux précédents.

Obs. III. — Elisabeth B..., âgée de 72 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe, dans le mois de juillet 1839, pour se faire traiter d'une fracture du col du fémur, qu'elle s'est faite en tombant de sa hauteur sur le grand trochanter. On place le membre fracturé dans l'extension, et on le maintient dans cette position à l'aide d'un appareil compressif et immobilisateur. Après sept ou huit semaines de traitement infructueux, comme la malade souffrait beaucoup, on fut obligé d'enlever l'appareil et d'abandonner la fracture aux seuls efforts de la nature et du repos. Cette femme ne se releva plus, et, après cinq mois de séjour au lit, elle s'éteignit, sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une prostration extrême.

A l'autopsie du membre fracturé, nous trouvâmes l'articulation de la hanche saine, un épanchement de sérosité sanguinolente dans le genou, les cartilages jaunes et rugueux dans beaucoup de points, et érodés dans celles de leurs parties qui sont naturellement en contact dans l'extension. L'articulation du pied, examinée avec soin, présenta les mêmes lésions, mais à un degré moins prononcé.

Voilà trois faits qui me paraissent suffisamment prouver que le repos longtemps continué peut occasionner de notables changements dans l'état des articulations saines. Dans tous, nous retrouvons des pertes de substances dans les cartilages, qui sont d'ailleurs ou ramollis ou gonflés et modifiés dans leur coloration; de plus, nous constatons l'injection des synoviales et les épanchements sanguins ou séro-sanguinolents que nous avons décrits dans un des paragraphes qui précèdent. Nous n'avons pas encore vu les fausses membranes dont j'ai annoncé l'existence; mais je citerai plus loin les observations sur lesquelles s'appuie ma proposition; je les ai placées dans un chapitre ultérieur, parce qu'elles renferment des détails qui doivent servir à la confirmation de quelques idées, sur lesquelles j'appellerai bientôt l'attention du lecteur.

Ankylose. — Jusqu'ici nous n'avons parlé que des lésions que peut occasionner un repos continué seulement pendant deux ou trois mois, c'est-à-dire pendant le temps généralement nécessaire pour la consolidation d'une fracture de cuisse. Mais il peut arriver que par un concours de circonstances défavorables, la formation du cal se fasse bien plus longtemps attendre. C'est ainsi qu'on voit chez des vieillards, chez des individus affectés de syphilis ou de scorbut, les fractures du fémur ne guérir qu'après un traitement de six, huit mois et plus encore. Dans ces cas, si le membre a été soumis constamment à l'immobilité, il peut se manifester dans ses articulations, saines avant l'accident, des altérations bien plus graves que celles déjà décrites, cent fois plus graves que la fracture elle-même, puisqu'elles persistent après la guérison de celle-ci et qu'elles peuvent occasionner une infirmité contre laquelle l'art sera probablement impuissant, je veux parler de l'ankylose vraie, intra-capsulaire, c'est-à-dire de l'adhésion intime des surfaces articulaires.

Il n'est pas rare non plus qu'à la suite d'une paralysie complète des membres inférieurs, ceux-ci soient obligés de garder pendant des années entières la même position; dans ce dernier cas, il peut aussi se former des ankyloses intra-capsulaires du genou et du pied, qu'il est impossible de rapporter à une autre cause que l'immobilité.

J'ai déclaré, en commençant ce travail, que la possibilité des ankyloses à la suite d'un repos absolu, prolongé pendant plusieurs mois, avait été annoncée par J.-L. Petit, Boyer, Hunter, etc.; mais j'ai fait remarquer que ces auteurs ne s'étaient appuyés sur aucune démonstration rigoureuse, et qu'aujourd'hui nous ne pouvions accepter comme vrai, que ce qui est prouvé par l'autorité incontestable des faits. J.-L. Petit, par exemple, se contente de dire : « Les fractures, même éloignées des articulations, peuvent être occasion d'ankylose quand on n'a pas soin de prévenir l'épaississement de la synovie en remuant de temps en temps les jointures. »

Boyer ne va guère plus loin. « L'immobilité prolongée, dit-il, peut à elle seule produire l'ankylose. Celle-ci peut se produire de deux manières, avec ou sans inflammation de la jointure. Si l'immobilité agit seule, alors elle donne lieu à un empâtement des parties molles, à une rétraction des ligaments et des tendons, à une raideur enfin de l'articulation. Si à l'immobilité s'ajoute un certain degré d'inflammation de la membrane synoviale et des surfaces articulaires, alors ces surfaces peuvent contracter entre elles une adhérence. »

Après de pareilles assertions, on a le droit de s'étonner que J.-L. Petit et Boyer n'apportent aucun fait anatomique à leur appui. Et l'on peut soutenir qu'ils avaient deviné ou présumé les lésions auxquelles peut donner lieu le repos absolu des articulations, mais qu'ils ne les avaient jamais vues. Aussi, de nos jours, les auteurs qui ont écrit sur la question de savoir quels sont les effets de l'immobilité sur les jointures saines d'ailleurs, se sont-ils bien gardés d'admettre comme incontestable la production de l'ankylose par cette seule cause.

C'est ici le lieu de citer un passage extrait des *Leçons cliniques* du professeur Velpeau, qui peint fidèlement l'état actuel de la science sur cette question. « Les ankyloses vraies, dit-il, peuvent-elles survenir, sans maladie articulaire préalable, d'un contact prolongé des surfaces cartilagineuses? C'est là une question à examiner et assez difficile à résoudre maintenant : on ne possède pas à ce sujet assez de faits. On a cru quelquefois qu'il en était

ainsi..... Il est certain, et on l'observe fréquemment dans les hôpitaux, que des malades, après être restés deux ou trois mois immobiles, ont les articulations raides : cela survient surtout au genou, où se produisent si souvent des ankyloses fausses à la suite des fractures de cuisse, parce que les parties molles du membre se sont raccourcies et endurcies, et que les muscles ont perdu l'habitude de se contracter. En réalité, ce ne sont pas des ankyloses ; mais cette immobilité pourrait en produire, car la synovie, qui n'est exhalée que s'il y a production de mouvements, ne l'est plus dans les cas d'immobilité : les surfaces des cartilages perdent leur poli, s'usent, disparaissent, et dès lors les surfaces osseuses, étant en contact, doivent, *dit-on*, se souder. Je ne nie pas la possibilité de ces soudures, seulement je n'en ai jamais vu ; et comme les observations citées à ce sujet ne sont pas très-détaillées, c'est, suivant moi, une question à revoir. »

On lit dans Samuel Cooper et dans M. Vidal de Cassis, que l'immobilité, dans le traitement des fractures de la continuité des os, ne peut probablement déterminer qu'une simple raideur articulaire, c'est-à-dire, qu'une fausse ankylose qui se dissipe facilement.

Enfin, il y a même des auteurs, parmi lesquels je nommerai surtout, parce qu'ils sont plus célèbres, MM. Cruveilhier, Kunholtz et Malgaigne, qui nient formellement que l'immobilité prolongée soit une cause suffisante de l'ankylose réelle. Dans son *Anatomie des régions* (t. 1, page 164), M. Malgaigne dit : « Quand il n'y a point d'irritation dans une jointure, la sécrétion synoviale s'y continue, et l'ankylose vraie ne s'y fait point. En conséquence, c'est une erreur de croire que l'immobilité prolongée soit une cause suffisante de l'ankylose réelle : elle peut tout au plus produire une raideur dans les mouvements, qui tient plutôt à l'état des tissus ambiants qu'à l'articulation elle-même. » Et, pour justifier cette opinion, ces auteurs s'appuient sur deux cas ; l'un, qui a été publié à Montpellier par M. Kunholtz, est celui d'une femme de 60 ans qui avait une soudure partielle congénitale du corps de la mâchoire inférieure avec la supérieure, et chez laquelle l'autopsie montra que les articulations temporo-maxillaires étaient dans un état normal, quoiqu'elles eussent été condamnées à une immobilité absolue pendant 60 ans ; l'autre, qui appartient à M. Cruveilhier, est un fait de soudure complète de l'articulation temporo-maxillaire droite, qui condamna celle du côté opposé, pendant 83 ans, à un repos absolu, sans déterminer son ankylose. — Ces faits, sans aucun doute, sont très-curieux ; mais fussent-ils au nombre de mille, ils ne suffiraient pas encore pour démontrer que *jamais* l'immobilité ne peut causer l'ankylose. D'ailleurs nous verrons plus bas qu'il y a des conditions qui peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de la différence des résultats auxquels sont arrivés MM. Kunholtz, Malgaigne, etc., et de ceux que j'ai pu obtenir de mon côté.

J'avais besoin d'insister longuement sur l'incertitude qui règne dans la science relativement à la question de l'influence du repos sur la production de l'ankylose, pour bien faire comprendre la valeur des quelques observations que j'ai pu recueillir et dont je vais immédiatement présenter l'exposition.

Fracture du fémur non consolidée après 22 mois d'extension et d'immobilité ; amputation ; union des cartilages du genou par fusion de leur substance et par fausses membranes.

Obs. IV. — Pierre Mavel, âgé de 27 ans, d'une constitution lymphatique, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 mai 1838, pour une fracture de la cuisse droite produite par un éboulement de terrain. La fracture siége au milieu du corps du fémur ; elle est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Le fragment supérieur fait saillie en avant et l'inférieur s'enfonce en arrière et remonte sur le supérieur. Le membre est raccourci de 38 millimètres environ.

Ce jeune homme éprouve en outre quelques symptômes de scorbut ; les gencives sont engorgées, violettes et saignantes.

Le membre est placé dans un appareil à extension permanente. Après quatre mois la réunion des fragments n'est pas encore commencée : pour assurer une immobilité plus parfaite, on applique une attelle postérieure solide, moulée sur le membre, garnie d'un coussin et assujettie par un double bandage de Scultet ; on se sert en même temps d'attelles latérales. En même temps les toniques et les amers sont administrés à l'intérieur pour combattre les symptômes de scorbut. Cet appareil est resté très-longtemps en place, mais il n'a pas eu plus d'efficacité que le premier. On a reconnu que le malade se livrait souvent à la masturbation et que c'était là probablement la cause qui empêchait la fracture de se consolider. Au quinzième mois on plaça le malade dans l'appareil de M. Bonnet, pour prévenir les mouvements du bassin. Malgré toutes ces précautions, aucun indice de cal n'apparaissait 22 mois après l'accident : il existait, au contraire, une fausse articulation, qui motiva l'amputation du membre. Le 5 mars 1840, M. Bonnet pratiqua cette opération immédiatement au-dessus de l'endroit fracturé.

Dissection du membre amputé. — Les extrémités des fragments sont arrondies et séparées par un faisceau de fibres musculaires. On n'aperçoit point de traces d'ossification. Le tissu oseux est infiltré de sang.

Genou. — Le genou est engorgé et raide ; impossibilité complète de lui faire opérer un mouvement de flexion. Le cartilage de la facette interne du tibia a éprouvé une érosion circulaire de l'étendue d'une pièce de 20 sous. Le cartilage du condyle interne du fémur a éprouvé une perte de substance correspondante à la précédente, de même étendue qu'elle. Une fausse membrane mince, placée entre ces deux ulcérations, s'étend encore au loin sur le cartilage persistant du tibia. Le ménisque correspondant adhère à cette fausse membrane.

Le condyle externe du fémur est uni au tibia d'une manière solide ; une coupe verticale faite d'avant en arrière met en évidence le mode de cette union. Les cartilages du fémur et du tibia, légèrement amincis, sont unis par le ménisque et par une fausse membrane qui lui est fortement adhérente. Cette fausse membrane est élastique et ressemble à un fibro-car-

tilage intervertébral. A l'endroit de la plus grande convexité du condyle, dans l'étendue de 8 ou 10 millimètres, les cartilages du fémur et du tibia sont unis d'une manière immédiate; leur substance est confondue, sans que l'on puisse apercevoir la plus légère trace de démarcation entre eux. L'épaisseur du cartilage qui en résulte est double de celle des cartilages isolés.

Une semblable confusion existe aussi entre le cartilage de la rotule et celui de la gorge articulaire du fémur, mais seulement vers le milieu de l'os et dans une étendue de 8 milimètres verticalement, au-dessus et au-dessous; les cartilages en partie absorbés sont isolés par un tissu de nouvelle formation, blanc et élastique, qui leur adhère assez intimement.

En un mot, on trouve dans le genou une ankylose générale, incomplète en ce sens qu'il n'y a pas fusion osseuse, mais ankylose vraie, intra-capsulaire, fibro-celluleuse et fibro-cartilagineuse.

Pied. L'articulation tibio-tarsienne est aussi le siége de lésions très-graves : 1° épanchement de sang; 2° formation de fausses membranes très-épaisses et adhérentes aux cartilages; 3° amincissement et érosion de ces derniers.

Enfin, dans l'articulation du cuboïde avec les quatrième et cinquième métatarsiens, et même dans les articulations phalangiennes, on observe des altérations tout à fait analogues.

Quant aux os, ils sont ramollis et infiltrés de sang dans leurs parties spongieuses, mais ils ne présentent pas l'aspect des os enflammés.

Cette observation est d'autant plus importante, qu'elle est, je crois, sans analogue dans la science. Elle confirme en tous points les idées que j'ai émises sur l'influence du repos longtemps continué des articulations saines dans le traitement des fractures. En effet, nous avons rencontré dans le membre de ce malade, et l'épanchement de sang, et l'érosion des cartilages, et la production de fausses membranes, et la formation d'une ankylose vraie. De plus, ce fait démontre, contre l'opinion de presque tous les anatomistes et chirurgiens modernes, qu'il peut se former des ankyloses sans disparition des cartilages.

Ankylose fibro-celluleuse des articulations tibio-tarsienne et calcanéo-astragalienne, à la suite d'une fracture de jambe et d'une immobilité de quinze mois.

Obs. V. — Un homme de 36 ans, d'une bonne constitution, se fait, en janvier 1839, une fracture comminutive aux deux os de la jambe gauche, vers son tiers inférieur à peu près. Le membre fut placé dans l'appareil ordinaire, consistant en un bandage roulé, des attelles flexibles, des attelles latérales solides, etc. Mais la consolidation ne se fit qu'avec beaucoup de lenteur, parce que plusieurs fragments des os fracturés se nécrosèrent, que la suppuration se forma, qu'un grand nombre d'ouvertures fistuleuses s'établit, par lesquelles on fut obligé d'extraire des esquilles, qui ne se détachèrent qu'avec beaucoup de difficultés; en sorte que, pendant cinq mois, le malade ne put sortir de son lit, et sa jambe resta renfermée dans un appareil qui maintenait les articulations du pied dans une immobilité absolue. Ce n'est qu'au bout de ce temps que la soudure des os parut assez solide pour qu'il fût permis à ce malheureux d'essayer de marcher.

Pendant quelques jours, les choses allèrent assez bien; le malade se plaignait seulement d'une grande raideur dans la jointure du pied avec la jambe; mais bientôt il fut obligé de se remettre de nouveau à un repos parfait; la jambe se tuméfia; les fistules qui s'étaient fermées se rouvrirent; la suppuration se rétablit, et le stylet put reconnaître que toutes les portions d'os necrosés étaient loin d'avoir été complétement éliminées. A dater de cette époque, la maladie alla toujours en s'aggravant; la nécrose fit des progrès, lents à la vérité, mais qu'on ne put arrêter.

Enfin, après quinze mois de séjour au lit, le malade, voyant que son état ne s'améliorait pas, et qu'au contraire il perdait ses forces, réclama avec instance l'amputation. On se rendit aux prières de ce malheureux, et l'opération fut faite au tiers supérieur de la jambe le 3 avril 1840.

J'ai examiné avec attention la portion du membre détachée, et voici ce que j'ai observé :

Le pied est très-gonflé, et ce n'est qu'avec difficulté qu'on peut le fléchir légèrement sur la jambe.

Articulation tibio-tarsienne. Soudure de l'astragale et du tibia dans toute l'étendue de leurs surfaces articulaires, à l'aide d'un tissu blanc, fibreux, filamenteux, qui permet encore, par son extensibilité, de très-faibles mouvements des deux os l'un sur l'autre.

Etat tout à fait identique dans l'articulation de l'astragale avec le calcanéum.

Dans les deux jointures ci-dessus désignées, amincissement considérable, disparition même complète des cartilages dans quelques points, épanchement d'un sang très-liquide et séreux dans les autres articulations du pied.

Le tissu osseux de l'astragale et du calcanéum est parfaitement normal.

Etat de la fracture. Les deux os sont bien consolidés; leur partie inférieure est considérablement hypertrophiée. Sur le tibia existent plusieurs ouvertures fistuleuses, au fond desquelles on aperçoit de petites esquilles entièrement détachées.

Je n'attache pas tout à fait la même importance à cette dernière observation qu'à la précédente. On pourrait, jusqu'à un certain point, soutenir ici que le voisinage de la fracture, que la nécrose ont propagé, le long des bouts inférieurs du tibia et du péroné, un état inflammatoire à la membrane synoviale de l'articulation tibio-tarsienne; qu'à la suite de cette inflammation, des fausses membranes ont été sécrétées, qui, plus tard, se sont organisées et ont ainsi pu produire l'ankylose; et même l'on pourrait, pour donner plus de poids à cette opinion, s'appuyer sur l'hypertrophie de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. Mais si, d'une autre part, on se rappelle que l'astragale et le calcanéum ont été trouvés sains, et que cependant l'articulation astragale-calcanéenne est aussi le siége d'une ankylose fibro-celluleuse, il faudra bien admettre que ce n'est pas l'irritation irradiée de la fracture et de la nécrose qui a pu causer de pareils désordres.

On cherchera la cause ailleurs, et je crois qu'on la trouvera dans l'immobilité absolue.

On lit dans le *Bulletin de la Société anatomique* (n. 4, juin 1834) une observation assez curieuse de fracture de la partie moyenne du fémur, avec ankylose du genou, recueillie par M. Chassaignac chez un sujet qui servait aux opérations. Voici les particularités les plus importantes qu'a présentées cette fracture : raccourcissement de 3 pouces; impossibilité de fléchir le genou ; interruption des muscles de la partie antérieure de la cuisse au-devant de la fracture ; la longueur diminuée de ces muscles était devenue un obstacle à ce qu'ils prêtassent autant qu'ils le peuvent quand ils sont dans leur état naturel; la portion du muscle étendue entre la rotule et la fracture avait contracté une rigidité telle, que la rotule était fortement appliquée contre la partie antérieure de l'articulation comme par une corde très-raide. Enfin, la rotule avait contracté des adhérences filamenteuses avec la partie antérieure des condyles.

Evidemment, dans ce cas, l'ankylose de la rotule sur le fémur était le résultat de l'immobilité à laquelle elle se trouvait condamnée par suite du raccourcissement et de la tension exagérée du crural antérieur. Ce fait ne saurait être contesté.

Enfin, dans le dictionnaire en 25 volumes, à l'article *Ankylose*, M. J. Cloquet assure avoir trouvé plusieurs fois sur des individus affectés de paralysie, qui étaient restés fort longtemps au lit dans la même position, des adhérences entre les feuillets continus de la membrane synoviale, et quelquefois même un tissu filamenteux, blanchâtre, qui réunissait les surfaces articulaires. Mais, chose singulière, il nie un peu plus loin qu'il en soit ainsi pour les fractures, car il dit : « Dans les fractures de la partie moyenne des os longs, lorsque la consolidation du cal a été retardée par quelque circonstance accidentelle, l'ankylose est incomplète et doit être attribuée à la raideur des ligaments et à l'engorgement des parties molles de l'articulation par le séjour prolongé du membre dans l'appareil. Quand les fractures ont lieu dans le voisinage des articulations, on trouve à l'autopsie que la synovie est moins abondante que dans l'état naturel, qu'elle n'est pas plus épaisse et que la raideur dépend seulement des ligaments, des tendons et des parties molles qui environnent l'articulation. » Je m'explique difficilement pourquoi M. Cloquet, après avoir reconnu que l'immobilité chez les paralytiques détermine quelquefois des ankyloses fibro-celluleuses, n'a pas été conduit à admettre que la raideur qu'on observe à la suite du traitement des fractures par l'immobilité longtemps continuée pouvait, dans certaines circonstances, tenir à la même cause.

Quoi qu'il en soit, il résulte de tous ces documents, fournis par l'anatomie pathologique, que le repos absolu peut amener l'union des surfaces articulaires. Si maintenant nous nous adressons à l'observation clinique, nous trouverons des faits assez nombreux qui viennent encore plaider en faveur de cette opinion. Ces faits, comme je l'ai dit en commençant ce travail, sont insuffisants par eux-mêmes pour démontrer la possibilité de l'ankylose à la suite de l'immobilité ; mais, placés immédiatement après les détails anatomiques dans lesquels nous sommes entrés, ils acquièrent une grande valeur.

J'ai eu l'occasion de voir une dame de Tarare, qui, dans un voyage qu'elle fit à Paris, s'y cassa la jambe gauche à son tiers inférieur, et fut traitée par un de nos plus grands chirurgiens, qui lui appliqua le bandage amidonné. Pendant deux mois, elle garda un repos absolu ; au bout de ce temps, la consolidation était complète, mais le pied était extrêmement raide, engorgé, et ne pouvait ni se fléchir ni s'étendre. Aujourd'hui, la fracture est guérie depuis plus d'une année, mais le pied est toujours empâté et privé de ses mouvements naturels. Cependant, chaque jour on le soumet à une espèce de gymnastique bien combinée, afin de faire cesser cette raideur. Néanmoins, l'amélioration est jusqu'à présent à peine sensible. Il est probable qu'il s'est formé des adhérences fibreuses entre les surfaces articulaires qui rendent la guérison impossible.

M. Bonnet (de Lyon) a publié l'observation d'un peintre en bâtiments, qui se cassa les deux cuisses en montant sur un échafaudage, et qui ne put guérir complétement de ces deux fractures qu'après quinze mois de séjour au lit et du repos le plus absolu des membres inférieurs. Eh bien ! quand la consolidation fut assez parfaite pour qu'on permît à cet homme de se lever, il ne put fléchir ni l'un ni l'autre de ses genoux. Toutefois, la rigidité n'existait pas au même degré des deux côtés. A droite, elle était moins prononcée, parce que le cal s'étant formé plus tôt de ce côté, l'emprisonnement du membre avait été moins prolongé ; mais, du côté gauche, la consolidation ne s'étant accomplie que trois mois plus tard, la rigidité du genou était extrême ; le malade ne pouvait exécuter le moindre mouvement, et la rotule était tellement adhérente au fémur qu'on ne pouvait la déplacer dans aucun sens avec les doigts. Je l'ai revu cinq mois après ; à cette époque, le genou droit avait recouvré presque toute sa liberté, mais le gauche présentait une amélioration à peine notable, quoique le malade se fût promené tous les jours et eût cherché, par des efforts persévérants, à l'assouplir; la rotule était toujours immobile et adhérente.

Il me paraît certain que, dans ce cas, il s'était formé une fausse ankylose à droite, consistant seulement dans une rétraction des muscles du jarret et l'engorgement des parties molles; et, de plus, une ankylose vraie, je veux dire intra-capsulaire, probablement fibreuse à gauche, d'une part entre la rotule et le fémur, et d'une autre part entre les condyles de cet os et les tubérosités du tibia.

La thèse intéressante de M. Malgaigne sur les appareils de fractures en général contient plusieurs faits très-importants observés par ce chirurgien, tendant à démontrer que les appareils qui immobilisent complétement les articulations des membres fracturés entraînent plus souvent qu'on ne le croit généralement une infirmité très-grave, l'impossibilité de mouvoir ces jointures. M. Malgaigne pense que, dans ce cas, il se forme seulement des ankyloses fausses : pour moi, je vais plus loin, et j'établis que ce genre d'appareils peut déterminer l'adhérence des surfaces articulaires.

Je prie le lecteur de remarquer que, sur le petit

nombre de faits que j'ai soumis à son appréciation, il se trouve trois cas d'ankylose de la rotule sur le fémur. Cette observation est très-importante, car les ankyloses de cet os sésamoïde sont fort peu connues. M. Velpeau est, je crois, le seul qui en ait parlé d'une manière explicite dans le Dictionnaire en 25 vol., à l'article *Genou*. Il fait observer avec beaucoup de raison que l'adhérence de la rotule au fémur anéantit l'action des muscles extenseurs de la jambe, et qu'elle est un obstacle insurmontable au rétablissement des fonctions de l'articulation fémoro-tibiale.

L'immobilité est-elle la véritable cause de toutes ces altérations? Je pourrais passer immédiatement aux conséquences pratiques qui découlent des faits que je viens de relater, mais on ne manquerait pas de m'adresser plusieurs objections que je prévois sur la véritable cause des lésions anatomiques que j'ai décrites. Ainsi, par exemple, on pourrait m'objecter que les altérations des cartilages et que les ankyloses qui se manifestent dans les articulations des membres fracturés sont le résultat d'une inflammation qui a son point de départ dans la fracture, et qui se propage le long des bouts osseux, jusque dans les jointures les plus voisines. Cette objection n'est pas difficile à renverser : 1° nous avons montré que ces altérations se rencontrent dans les articulations les plus éloignées de la fracture, par exemple, dans celle du coude-pied, du tarse, du métatarse et même des phalanges, quand la solution de continuité existe à la cuisse, sans que pour cela les cylindres osseux qui les séparent présentent des traces d'inflammation; 2° quand la fracture siége au col du fémur, si l'objection était fondée, on devrait trouver les lésions principales dans la hanche; eh bien ! ce n'est pas ce qu'on observe, car, dans ces cas mêmes, on ne trouve ordinairement rien de pathologique dans la hanche, et c'est dans le genou, voire même dans le pied, que se rencontrent les lésions les plus graves. Cette différence dans les résultats ne s'explique-t-elle pas tout naturellement par cette circonstance que, dans les fractures du col du fémur, il est très-difficile d'assujettir à l'immobilité les articulations coxo-fémorales, tandis qu'il est facile d'empêcher le genou et le pied d'exercer le moindre mouvement?

D'ailleurs, des ankyloses par brides fibro-celluleuses s'observent, comme l'ont vu Béclard et M. J. Cloquet, chez des paralytiques dont les membres ont gardé pendant très-longtemps le repos. Dans ces cas, on est bien forcé de reconnaître que c'est l'immobilité seule qui a pu déterminer la formation de pareilles adhérences. Pourquoi donc la même cause ne produirait-elle pas les mêmes effets chez des individus porteurs de fractures?

On pourrait dire aussi que ces lésions sont une conséquence du scorbut local, qui se développe, comme on le sait, quelquefois sur les membres fracturés, et qui peut déterminer des épanchements de sang dans les articulations. Mais cette objection n'est pas sérieuse, car l'épanchement de sang n'est qu'un symptôme et ne peut pas être considéré comme la cause première des accidents. Que sa présence contribue aux progrès de la maladie, c'est un fait que non-seulement je ne nie pas, mais que je regarde comme incontestable; mais qu'il soit l'agent producteur de tous les accidents qui surviennent dans les articulations immobiles, des érosions des cartilages, de la formation des fausses membranes, et même de l'ankylose, voilà ce que je ne puis admettre. Je le répète, l'épanchement de sang est un symptôme, et, si on veut l'expliquer, il faut encore remonter à l'immobilité, qui est le véritable principe du mal.

Mais, enfin, est-il possible alors de déterminer par quel mécanisme l'immobilité peut produire des altérations aussi graves? Cette explication, qui ne peut être que théorique, est assez difficile à donner.

Suivant J.-L. Petit, voici ce qui arrive dans ces circonstances : « L'âcreté de la synovie augmente par son repos dans la jointure. Un premier degré d'âcreté rend la synovie moins onctueuse : alors les os ne peuvent glisser facilement; ils frottent durement les uns contre les autres. Si l'âcreté augmente, la surface corrodée par l'âcre devient inégale et raboteuse; l'action de l'âcre irrite les ligaments et leur cause une phlogose. Ainsi toute l'articulation s'enflamme et l'âcre fermente avec les sucs nourrissiers, et bientôt, les os se cariant et les ligaments suppurant, il se forme une ankylose des plus formidables. » Ainsi J.-L. Petit pensait que la synovie se décompose par l'immobilité, ce qui est une erreur manifeste, et que cette décomposition de la synovie suffit pour amener une phlogose de tous les éléments de la jointure et pour produire l'ankylose. Cette théorie repose sur un fait essentiellement faux, l'augmentation d'âcreté de la synovie; il faut donc en chercher une autre pour s'expliquer comment l'immobilité peut produire des maladies articulaires.

M. J. Guérin, dans son travail sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, donne une explication très-ingénieuse des accidents qui arrivent à la suite de l'immobilité des articulations. Après avoir établi, 1° que dans certains mouvements il se produit au sein des jointures une tendance au vide, d'où résulte un effort de succion sur leurs parois internes et sur les parties qu'elles renferment, succion qui provoque la sortie des fluides exhalés; que pendant l'immobilité il y a équilibre entre la pression extérieure et la pression intérieure, et par conséquent absence de succion et suppression de la synovie, M. J. Guérin induit de ces faits que, lorsque l'exhalation synoviale est entravée, les fluides stagnent dans les vaisseaux, les engorgent et peuvent amener des accidents assez graves, l'ankylose, par exemple.

Cette théorie rend-elle compte de toutes les circonstances pathologiques que j'ai signalées comme conséquences de l'immobilité des articulations préalablement saines, à savoir, l'épanchement de sérosité sanguinolente, l'ulcération des cartilages, la formation des fausses membranes, l'ankylose fibro-celluleuse? Au premier abord, il semble qu'il y ait contradiction entre la théorie de M. J. Guérin et les faits que j'ai exposés; car j'indique l'épanchement de sang et de sérosité comme une conséquence fréquente de l'immobilité, tandis que M. Guérin regarde le repos d'une articulation comme une cause qui empêche l'extravasation dans sa cavité des liquides sécrétés par les parties molles qui les consti-

tuent; mais en y réfléchissant on s'aperçoit bientôt que cette contradiction n'est qu'apparente. En effet, on conçoit très-bien qu'à la suite d'une immobilité absolue, la sécrétion de la synovie soit d'abord supprimée, que les parties molles s'engorgent par le seul fait de cette suppression, comme le dit M. J. Guérin, et que cet engorgement devienne la cause sous l'influence de laquelle s'accomplissent l'épanchement de sérosité et de sang, l'érosion des cartilages, la formation des pseudo-membranes, l'ankylose, etc.

Voilà, incontestablement, la théorie la plus satisfaisante qui ait été proposée jusqu'à ce jour sur les accidents qui sont la suite du repos des articulations. Cependant il est une autre raison toute vitale qui, bien qu'elle n'explique rien, a néanmoins une certaine importance et doit être mentionnée ici : cette raison se tire d'une loi générale qui régit tout l'organisme et qu'on peut formuler ainsi : tout organe est créé pour être mis en action; la cessation complète d'exercice d'un organe l'altère et éteint sa fonction.

Mais pourquoi l'immobilité ne produit-elle pas les mêmes effets chez tous les individus? Pourquoi même une articulation peut-elle être condamnée au repos pendant un grand nombre d'années sans devenir malade? C'est que l'action de l'immobilité varie suivant une foule de circonstances, telles que l'âge, la constitution, la nature de la maladie, etc. Ainsi, je ne doute pas qu'un vieillard, qu'un sujet faible, adonné à l'onanisme, ou scorbutique, ne soient plus prédisposés aux épanchements de sang et à leurs conséquences qu'un sujet adulte, robuste et n'ayant aucune maladie générale. Enfin, je crois que l'influence de l'immobilité est différente, suivant que tout le corps est condamné au repos, ou qu'une seule partie au contraire y est assujettie. C'est même, suivant M. Bonnet (de Lyon) ce qui explique les faits publiés par MM. Kunholtz et Cruveilhier, d'articulations temporo-maxillaires trouvées à l'état normal après avoir été soumises au repos absolu pendant 60 ou 80 ans. On comprend assez bien, en effet, que des individus qui séjournent longtemps au lit, dans des salles d'hôpitaux, soient plus exposés aux infiltrations sanguines dans les articulations complétement immobiles, que ceux qui peuvent, malgré leur maladie, faire de l'exercice en plein air. Et je ne serais pas éloigné de croire que ce soit là une des raisons qui expliquent pourquoi, à la suite des fractures du bras, les altérations articulaires que nous avons signalées plus haut sont beaucoup plus rares qu'à la suite des fractures des membres inférieurs.

Corollaires. — Maintenant que j'ai fait connaître les effets de l'immobilité et son mode d'action sur les articulations, sans maladie préalable, il me reste une dernière question à envisager : Quelles conséquences pratiques peut-on tirer de cette nouvelle étude? Les seules considérations un peu intéressantes que j'aie à présenter à cet égard sont relatives au traitement des fractures.

Comme je le disais au commencement de ce travail, les chirurgiens, même aujourd'hui, sont loin d'être d'accord sur le meilleur mode de traitement des solutions de continuité des os. Les uns, comme MM. Larrey, Velpeau, Seutin, Gerdy, etc., entourent le membre, depuis son extrémité libre jusqu'au-dessus de la fracture, d'un bandage compressif, inamovible ou non, qui immobilise complétement les jointures; les autres, comme MM. Bonnet (de Lyon), Mayor et Munaret, l'assujettissent dans des gouttières, mais repoussent toute compression à l'aide de bandages qui empêchent de l'examiner à nu aussi souvent qu'il peut être utile de le faire. M. Malgaigne, régénérant la pratique des anciens, conseille, dans les fractures du membre supérieur, de ne pas dépasser avec le bandage les articulations du poignet, et dans celle du membre inférieur, l'articulation du coude-pied.

Eh bien ! les connaissances que nous avons maintenant sur les effets de l'immobilité peuvent-elles jeter quelques lumières sur toutes ces questions si vivement controversées? Oui, incontestablement. Elles démontrent, 1° qu'il est dangereux d'emprisonner pendant plusieurs mois dans des appareils inamovibles les articulations d'un membre fracturé; 2° qu'il est urgent, si le maintient de la réduction est tout aussi facile, de se servir d'appareils qui laissent les jointures libres, ou du moins qui leur permettent d'exécuter des mouvements suffisants pour que l'exhalation synoviale ne soit pas entravée, et qu'il ne puisse survenir aucun des accidents que j'ai signalés; 3° qu'il est extrêmement utile d'imprimer aux articulations, aussitôt que le cal commence à se former, des mouvements souvent répétés, mais exécutés avec douceur, afin de ne pas détruire la coaptation des fragments.

En conséquence, nous nous trouvons conduits à rejeter des traitements des fractures tous les appareils qui emprisonnent le membre dans un bandage circulaire qui immobilise les articulations pendant un temps un peu long. C'est surtout aux fractures de cuisse que s'applique cette conclusion. Nous pensons que, dans ces cas, les appareils à extension permanente sont beaucoup plus utiles que la demi-flexion, mais nous rejetons les appareils de Desault, de Boyer, les bandages albuminés, dextrinés ou amidonnés, et nous voudrions les voir remplacés par les gouttières bien plus convenables qui ont été proposées dans ces derniers temps par M. Bonnet (de Lyon). Ces gouttières ont l'avantage tout à la fois de prévenir les mouvements irréfléchis du tronc qui pourraient être nuisibles au rapport exact des fragments, de permettre l'observation du membre à nu, et de permettre aussi d'imprimer aux articulations des mouvements légers, bien raisonnés, ménagés de façon à ne pas nuire, et suffisants pour provoquer la sécrétion synoviale.

Une chose surtout qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'il est important de prévenir l'adhérence de la rotule au fémur, à la suite des fractures de cuisse dont la consolidation traîne en longueur. Cet accident est très-facile à éviter. Il suffit, en effet, pour cela, d'imprimer à la rotule quelques mouvements dans le sens vertical ou en travers, pour s'opposer à toute adhésion de ce genre, et l'on peut d'autant mieux le faire, que les mouvements de cet os ne peuvent déterminer aucun dérangement dans les rapports des fragments.

(*Ibidem*, nos 39 et 40.)

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

54. *Maladies régnantes.*

Les médecins des siècles passés ajoutaient une grande importance à l'étude des constitutions médicales; et, chose très-remarquable, alors que la médecine ne pouvait prétendre à ce degré de précision que sur certains points elle a acquis depuis, alors que l'ambition de faire de la médecine une science exacte était bien éloignée de la pensée de ceux qui l'exerçaient, il est très-remarquable, disons-nous, que les médecins-praticiens, nos prédécesseurs, aient porté une attention si soutenue et si patiente, sur les influences des conditions météorologiques dans la production, dans le mode d'être ou dans la terminaison des maladies; influence dont l'appréciation est presque généralement abandonnée aujourd'hui, où l'étude des phénomènes physico-chimiques joue un si grand rôle en pathologie. Il serait cependant puéril du vouloir démontrer que la pureté, l'altération, le trouble, les conditions diverses des milieux dans lesquels l'homme vit et s'agite, doivent nécessairement agir sur lui d'une manière favorable ou délétère. Les plus purs et les plus obstinés partisans du vitalisme absolu sont obligés d'admettre cette corrélation de cause à effet; nul ne la conteste, mais presque personne ne l'étudie. Depuis que M. Double a cessé de publier ses *Constitutions médicales*, qu'il insérait mensuellement dans l'ancien Journal de médecine, nous ne sachons pas qu'un travail analogue ait été entrepris, du moins avec tenue et persévérance. Naguère, un médecin aussi modeste que savant et laborieux observateur, M. le docteur Fuster, a publié un beau travail sur ce sujet, que l'Académie des sciences a honorablement distingué. Il serait bien à désirer que cet exemple fût imité, et que les jeunes médecins, au lieu de s'égarer à la recherche des infiniments petits, voulussent s'occuper de recherches soutennes sur les influences atmosphériques dans les phénomènes pathologiques. Il y a là une source abondante d'intéressants et utiles travaux, une mine féconde dont quelques filons à peine ont été exploités.

Pour notre compte, nous croyons utile de jeter de temps à autre un coup-d'œil sur les maladies prédominantes du moment, de les rattacher, si faire se peut, aux influences atmosphériques régnantes, et de voir enfin en quoi elles s'éloignent des types ordinaires, et quelles médications spéciales ou non elles peuvent réclamer.

Les inflammations de l'appareil respiratoire sont dans ce moment les affections prédominantes. On devait s'y attendre par le brusque changement qui s'est opéré dans la température. Depuis quelques jours, le thermomètre descend dans la nuit à 0°, à 1°, à 2°, et dans le jour il ne s'élève pas au-dessus de 5°. Un vent de nord-ouest très-froid et violent souffle depuis le même temps, et ces circonstances sont éminemment propres au développement des inflammations de l'appareil respiratoire.

Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont les angines. Elles sont en général simples et cèdent facilement au repos, à la chaleur et aux émollients locaux. Dans quelques cas plus graves, les émissions sanguines sont nécessaires, et alors une large saignée de la veine, répétée si la gravité l'exige, produit des résultats beaucoup plus prompts et plus durables qu'une application de sangsues autour du cou. Les praticiens qui ouvrent largement la veine dans ces cas reconnaissent que les accidents se dissipent avec plus de facilité que par les sangsues, quelque nombreuses qu'elles soient, et dont l'application répugne d'ailleurs presque toujours aux malades, surtout aux femmes et aux jeunes personnes. Les sangsues ont encore un autre inconvénient dans les angines : c'est d'appliquer pendant longtemps un corps froid sur le cou, et de laisser exposée à l'air une partie qui a besoin de chaleur.

Deux cas de croup nous ont été signalés, dont la terminaison a été funeste.

Un grand nombre de pneumonies est journellement reçu dans les salles des hôpitaux. Elles ne présentent rien à noter qui ne soit connu.

Les rhumatismes articulaires et musculaires sont aussi au nombre des maladies prédominantes. Il est parfaitement vrai pour nous que les saignées coup sur coup, sans que nous leur accordions peut-être toute la valeur que leur donne son inventeur, sont cependant le meilleur moyen de combattre ces affections à l'état franchement aigu. Nous engageons vivement les praticiens à ne pas perdre de vue, dans ces affections, l'exploration du cœur, qui peut seule mettre sur la voie de complications fâcheuses, et auxquelles il est important de remédier promptement.

Une des affections actuellement les plus fréquentes et aussi les plus difficiles à guérir, sont les névralgies. Plusieurs praticiens nous ont dit en voir un grand nombre. Quand ces affections revêtent franchement un type intermittent, le sulfate de quinine, à la dose de 5 à 6 centigrammes, répété pendant trois ou quatre jours, en fait assez généralement justice. Mais s'il n'y a pas intermittence marquée, le sulfate de quinine n'a aucune action favorable, et il peut provoquer des accidents gastriques. Dans ces cas, les pilules de Méglin la poudre de valériane, l'électro-puncture, et surtout les vésicatoires volants, peuvent soulager les douleurs atroces des pauvres névralgiques.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 129.)

55. *Nouvelles recherches sur la diathèse purulente ;* par le docteur JEAN-PAUL TESSIER.

L'histoire des abcès multiples a presque complétement cessé de préoccuper l'attention des medecins, après avoir dominé toutes les autres questions pendant quelque temps. Tel est le sort commun des plus illustres débats dans la science. Il faut des trêves pour que les combattants reprennent des forces et que de nouveaux lutteurs entrent dans la lice. Aussi l'indifférence n'est-elle qu'apparente. Pour nous, et nous n'hésitons pas à le proclamer, nous regardons le problème des abcès multiples comme le pivot autour duquel tournent les plus importants travaux de notre époque, même à l'insu des travailleurs. C'est le terrain sur lequel doivent se rencontrer les deux grandes doctrines physiologiques et médicales, le *phytalisme* et le *physicisme,* le premier pour se régénérer, le second pour s'ensevelir sous les ruines de l'humorisme et du solidisme.

Tant que ces deux grands faits ne seront point accomplis, la question des abcès multiples demeurera sans solution, l'histoire des maladies générales sera impossible, et la science médicale restera frappée dans son ensemble de confusion et de stérilité.

On pourrait s'étonner de ces paroles, si l'on ne se souvenait de l'immense révolution que suscita dans l'histoire des fièvres la simple question de la *fièvre hectique.* Des altérations anatomique de la *fièvre hectique* à l'histoire des *phlegmasies chroniques* il n'y eut qu'un pas, de celle-ci à la doctrine de l'*irritation* il n'y eut qu'une erreur. Eh bien ! l'intervalle qui sépare l'histoire des abcès multiples de celle des maladies générales est le même que celui qui séparait les *lésions de la fièvre hectique* des *phlegmasies chroniques.*

Maintenant je le demande à tous ceux qui entendent par maladies *générales* celles qui dependent d'une affection simultanée du corps tout entier, si les humeurs mieux que les soildes, les solides mieux que les humeurs peuvent représenter la totalité, l'universalité, l'ensemble du corps vivant, si par conséquent de prime abord l'humorisme et le solidisme ne sont pas atteints et convaincus d'impuissance. Mais, dira-t-on, ce que ni l'un ni l'autre ne peut faire seul, tous deux pourront le faire en se réunisssant. A cela je n'ai qu'une chose à répondre, c'est qu'ils l'on fait. Nous n'avons pas à combattre un adversaire à venir, nous aurons à renverser un système tout fait, un système hautement professé par les hommes les plus éminents et les plus respectables de notre epoque. Ce système s'appelle l'humorisme *moderne.*

Pour démontrer combien notre prévision est légitime, nous n'avons qu'une seule réflexion à faire. Qui a servi de trait d'union, de moyen de conciliation entre l'humorisme et le solidisme, pour constituer ce qu'on appelle l'humorisme moderne? La théorie des métastases mécaniques, cette vieillerie empruntée à l'iatromécanique, au physicisme de l'école de Leyde.

En présentant l'histoire de la diathèse purulente (1), nous avons jeté le gant à l'iatromécanique. Or le gant n'a pas été relevé. Peut-être n'avions-nous pas suffisamment affirmé quelle était notre doctrine et n'a-t-on pas reconnu le principe du *vitalisme* dans une de ses applications. Quoi qu'il en soit, nous allons continuer la lutte.

OBS. I. — Diathèse purulente aiguë, fébrile; suppuration du foyer d'une fracture de l'acromion; pustules à la peau, comme dans la morve aiguë.

Le 6 juillet 1841 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Benjamin, n° 9, le nommé Pouiller (Jean-Baptiste), âgé de 43 ans, journalier terrasier, demeurant à Paris, rue Traversière, n° 12.

Ce malade, qui est d'une grande stature, et dont l'appareil musculaire est très-développé, présente tous les caractères du tempéramment athlétique. Sa constitution a toujours été très-bonne. Il fait remonter à 8 ou 10 jours la maladie dont il est actuellement affecté. On ne peut obtenir de lui aucun renseignement sur les causes possibles de l'état dans lequel il se trouve. Néanmoins il se plaint de douleurs comme rhumatismales, sans gonflement apparent, au bras gauche et à l'hypochondre du même côté; les mouvements imprimés au bras droit causent aussi de la douleur, sans gonflement notable de l'articulation scapulo-humérale. Il existe de la fièvre, un peu de bronchite, la langue saburrale. Dans l'impossibilité d'obtenir d'autres renseignements, devant un état général déjà grave et les symptômes précités, nous craignions d'avoir affaire chez un ivrogne qui aurait séjourné sur le pavé dans l'humidité, à une affection rhumatismale. (Gomme sucrée, potion avec tartre stibié, 0,40, vin de colchique, 30.)

Le 8 juillet le malade a été pris pendant la nuit de délire; il ne se plaint que d'une douleur fixée au bras droit. L'état général est beaucoup plus grave; il y a 100 pulsations par minute et beaucoup de chaleur à la peau. La poitrine, examinée avec soin, ne présente aucun phénomène notable. (Gomme sucrée, 6 pilules contenant chacune un demi-grain d'extrait d'opium à prendre toutes les deux heures.)

Le 9, le délire persiste, mais il est moins bruyant : du reste l'état général ne s'est nullement amélioré. La peau est chaude et couverte de sueur; on y remarque quelque sudamina, mais il n'y a pas de taches lenticulaires ; le pouls offre 104 pulsations. Le ventre est balonné ; il y a du garnouillement et de la douleur à la pression de la fosse iliaque droite. (Gomme sucrée, 8 pilules contenant chacune extrait d'opium demi-grain.)

Le 10, il y a moins de fièvre ; le ventre est toujours ballonné; il y a eu une selle peu abondante; le délire, quoique moins violent, persiste; la face est rouge et présente de la stupeur ; le faciès est cadavérique. (Gomme sucrée, une bouteille d'eau de Sedlitz, un lavement.)

Le 11, on découvre, en examinant avec soin le malade, un abcès assez considerable, siégeant au dessus du deltoïde et de la clavicule du côté droit ;

(1) Voyez l'Expérience, année 1838.

cet abcès est ouvert. Il y a toujours un peu de délire. (Même traitement.)

Le 12, le malade présente un subdélirium tranquille; il dit ne souffrir nulle part. Le pouls a beaucoup faibli. (Une bouteille d'eau de Sedlitz, cataplasmes, lavement.)

Le 13 au matin, le malade, quoiqu'ayant déliré toute la nuit, est tranquille, mais affaissé : l'intelligence est nette : le malade, qui répond avec peine aux questions qu'on lui adresse, se plaint seulement de douleurs qui paraissent siéger aux fesses : on découvre en effet sur les fesses un assez grand nombre de pustules petites, à différents degrés de développement. Le front présente un assez grand nombre de sudamina très-grands ; il y en a un beaucoup plus grand nombre sur la partie antérieure et latérale du cou de chaque côté. Le pouls, qui est faible et dépressible, offre 98 pulsations par minute. (Limon., potion avec tartre stibié, 0.80; julep avec 4 g. d'ext. de quinquina.)

Le 14, le pouls, toujours faible, offre 88 pulsations; le délire a complétement cessé ; il a peu de chaleur à la peau; le ventre est toujours ballonné, la langue assez humide; l'état général s'est néanmoins beaucoup aggravé ; il y une grande prostration; l'amagrissement a fait des progrès rapides; les yeux sont enfoncés dans leurs orbites ; la voix est étouffée, sourde, comme éteinte. Les pustules offrent évidemment tous les caractères de celles qu'on a signalées dans la morve aiguë de l'homme : il importe donc d'en présenter ici une description exacte.

Sur les fesses et sur la partie antérieure de la cuisse gauche on remarque une éruption caractérisée par des soulèvements séro-purulents de l'épiderme, dont le contour est peu régulier; les plus larges ont de trois à quatre millimètres de diamètre; l'épiderme est ridé et s'enlève au frottement le plus léger, en laissant à nu les couches les plus superficielles du derme.

Dans d'autres points on observe de petites saillies moins larges que les premières, dont la base arrondie, rouge et légèrement saillante, est surmontée par un soulèvement séro-purulent ou purulent de l'épiderme; la grosseur de ces dernières est celle d'un gros grain de chénevis; aucune de ces saillies ne présente d'ombilication.

L'éruption débute par une tache rougeâtre sur laquelle l'épiderme se soulève et donne bientôt naissance à une pustule ou à une phlyctène : cet état est surtout manifeste sur la fesse du côté droit, où l'éruption paraît à son début.

D'après cette description on peut voir que l'éruption est complexe, et offre en même temps les caractères propres aux pustules et aux bulles encore peu développées. La meilleur idée qu'on puisse en donner est de comparer les premières aux pustules de l'ecthyma, et les secondes à de petites bulles de pemphigus.

Dans l'intervalle de ces pustules ou de ces bulles il n'existe aucune rougeur de la peau.

Tel est l'état que présentent les pustules le 14 juillet : cet état est resté le même jusqu'à la mort. (Limon. suc., bain, potion stibiée, julep avec l'ext. de quinquina.)

Le 15, le pouls est misérable et offre 92 pulsations par minute : le malade dit souffrir beaucoup dans les cuisses. L'amaigrissement et la prostration sont les mêmes, l'intelligence est nette; l'abcès sus-deltoïdien présente une suppuration abondante mêlée de sang ; on constate de l'emphysème aux environs de l'abcès ; la voix est comme éteinte. (Limon. vineuse, vin de Bagnolles, 200 grammes; potion cordiale ; lavement avec sulfate de quinine, un gramme ; extrait sec de quinquina, 4 grammes.)

Le 16, il y a un peu de delire le matin; la voix est étouffée; le malade répand une odeur aigre ; le pouls est très-misérable, intermittent, très-fréquent; la prostration est extrême; les mains sont froides, violettes, les yeux sont troubles, chassieux et offrent même une sécrétion séro-purulente assez abondante.

Mort dans la journée à deux heures.

L'autopsie est faite le 17, à huit heures et demie du matin.

La ridigidité cadavérique est prononcée. On remarque, indépendamment des pustules que nous avons décrites plus haut et de quelques sugillations cadavériques, une pustule qui siége sur la tempe du côté droit.

Il y a une quantité considérable de liquide céphalo rachidien (cinq onces environ) : l'arachnoïde est légèrement opaque et blanchâtre ; il y a un peu de sérosité sanguinolente infiltrée dans la pie-mère : on remarque à la superficie du cerveau une coloration rosée circulaire : le cerveau n'est pas ramolli; la substance grise est un peu infiltrée; la substance blanche contient peu de sang.

Les fosses nasales sont examinées avec le plus grand soin, et ne présentent aucune altération morbide notable. La muqueuse qui recouvre le cornet inférieur du côté droit est seulement un peu infiltrée, avec développement des franges muqueuses; il n'y a rien dans le sinus.

L'abcès sus-deltoïdien offre un décollement considérable de la peau et des muscles; le fond en est violacé, infiltré de sang; l'abcès embrasse toute la partie supérieure de l'épaule au dessus du deltoïde; le muscle lui-même est infiltré de pus. On découvre alors une fracture de l'acromion datant évidemment de plusieurs jours; les fragments osseux sont injectés et infiltrés de plus (cette fracture, qui s'est faite pendant la vie et qui a donné naissance à l'abcès sus-deltoïdien, a été sans doute produite par une chute, le malade étant en état d'ivresse, car il n'avait donné sur ce point aucun renseignement, malgré toutes les questions qui lui furent adressées).

Les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont toutes examinées et n'offrent point ne suppuration; elles présentent seulement une sécheresse anormale.

On remarque un abcès assez considérable siégeant en dehors de l'articulation coxo-fémorale du côté gauche dans le muscle psoas.

Sur la surface antérieure du poumon droit et en bas on remarque un abcès métastatique, gros comme une noisette, faisant saillie sous la plèvre et s'étendant à une profondeur de six lignes environ. On découvre encore quelques abcès de même espèce d'une moindre grosseur. Pas de traces d'inflammation pulmonaire autour de ces abcès : le pus y est demi-collecté, demi-infiltré. La base du poumon est un peu engouée. Au sommet du poumon se

remarquent quelques petits tubercules crétacés.

Le poumon gauche présente seulement à sa surface quelques ecchymoses sans suppuration; le lobe supérieur est sain, l'inférieur engoué.

Le cœur gauche est vide, contracté; le cœur droit présente un caillot avec du sang liquide. Le système veineux, examiné dans sa totalité, ne présente aucune trace de phlegmasie, ni d'autre altération.

Le foie est pâle, blond, malléable ; sur le bord antérieur et à la partie moyenne, on remarque un noyau sanguin, gros comme une noisette ; à l'intérieur se remarquent quelques petits noyaux de même espèce, gros environ comme un pois.

La rate, assez petite, n'offre rien de remarquable; il en est de même des autres viscères abdominaux.

Inoculation purulente chez le cheval (expérience faite et rapportée par M. le docteur Bouley). — Il s'agit de raconter maintenant le résultat d'une inoculation pratiquée sur le cheval avec du pus recueilli sur ce malade.

Le vendredi 16 juillet nous recueillîmes une certaine quantité de pus sanieux, mêlé de sang, de l'abcès sus-deltoïdien que présentait ce malade.

Le dimanche 18 juillet, ce pus fut inoculé à un cheval très-vieux, âgé de 20 25 ans, destiné pour cette cause à être sacrifié, et reconnu d'abord en parfait état de santé.

L'inoculation fut pratiquée au moyen de quatre piqûres sous-épidermiques, faites avec la lancette à chaque naseau et à la paupière intérieure de chaque œil.

L'animal fut nourri selon son appétit et laissé dans un état complet de repos.

Les jours suivants, les piqûres s'ouvrirent légèrement et présentèrent à peine un peu d'induration ; elle ne donnèrent lieu à aucun chancre ; aucune corde facineuse ne se développa ; l'état général paraissait très-bon.

Cet état se maintint durant 15 à 16 jours. Dans les premiers jours du mois d'août seulement, les piqûres paraissant cicatricées, l'animal fut pris d'anorexie et de fièvre. Cet état se propagea en s'aggravant jusqu'au vendredi 6 août. Ce jour-là l'animal tomba sans pouvoir se relever; il offrait alors une fièvre violente avec dyspnée; bientôt se déclarèrent les symptômes précurseurs de l'agonie; c'est dans cet état qu'il fut sacrifié par assommement le même jour, à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie faite le lendemain 7 août, à onze heures, à présenté les résultats suivants:

La face ne présente aucune corde farcineuse ; les traces des piqûres y sont à peine visibles. Il n'y a nulle apparence de jetage.

Les ganglions sous-maxillaires de chaque côté paraissent légèrement gonflés et un peu plus rougeâtres qu'à l'état normal.

Sur la face convexe de la rate, on remarque une dixaine d'ecchymoses qui tranchent parfaitement sur la couleur de ce viscère. Au-dessous de chacune de ces ecchymoses est un noyau comme fibreux, induré, légèrement blanchâtre, entouré d'une auréole rouge foncé. (Abcès métastatique du cheval, granulations fibrineuses de la morve, tubercules des vétérinaires.) Au centre de ces noyaux la matière qui les constitue est légèrement ramollie.

Sur le poumon gauche, qui présente du reste une couleur parfaitement normale, sans hépatisation ni engouement, on remarque aussi des ecchymoses assez nombreuses : au-dessous de ces ecchymoses se remarquent également des noyaux d'induration de différente grosseur : quelques-uns sont constitués seulement par du sang infiltré dans le tissu pulmonaire, et rappellent parfaitement l'aspect de l'apoplexie pulmonaire chez l'homme. Dans d'autres points, l'engorgement est mêlé de suppuration; d'autres enfin sont constitués uniquement par des dépôts fibrineux et purulents à différents degrés de ramollissement; nulle part le tissu pulmonaire n'est hépatisé. En résumé, l'altération est identique avec celle qu'on observe dans la morve et dans le farcin aigu du cheval. Ces dépôts sont au nombre de cinquante environ.

Quant au poumon droit, il est généralement engoué, mais sans hépatisation (c'est sur le côté droit que l'animal était tombé) : on y remarque également à la surface un grand nombre d'ecchymoses rougeâtres. Quant au tissu pulmonaire, il est criblé de dépôts fibrineux et purulents, ou d'engorgements sanguins analogues à ceux de l'apoplexie pulmonaire. Le plus gros de ces engorgements offre le volume d'un œuf de pigeon ; quelques-uns sont mêlés de rouge et de gris et formés par un mélange de sang et de matière fibrineuse et purulente; d'autres sont constitués uniquement par des dépôts fibrineux à différents degrés de ramollissement.

Les fosses nasales, examinées avec soin, n'offrent absolument aucune altération morbide. La pituitaire est parfaitement saine, ainsi que la membrane des sinus.

Le cœur droit (oreillette et ventricule) est rempli tout entier par un énorme caillot sanguin et fibrineux : le cœur gauche est également occupé par un énorme caillot fibrineux, qui le remplit tout entier. L'animal, assommé, est mort par commotion cérébrale.

Le cerveau, le foie et les intestins n'offrent aucune altération. (La lésion anatomique de la commotion cérébrale n'a point été recherchée.)

Il n'y a de pus ni dans les articulations, ni dans les muscles.

Les deux faits que je viens de rapporter sont intéressants sous deux rapports : 1° quant à la nosologie; 2° quant à la pathogénie.

Au point de vue nosologique, on doit reconnaître que l'éruption complexe que l'on a signalée comme l'un des caractères pathognomoniques de la morve aiguë chez l'homme n'appartient pas exclusivement à cette dernière maladie. En effet, le malade, au moment où il avait repris toute sa connaissance, nous a affirmé qu'il n'avait jamais eu de contact avec les chevaux, que jamais il n'avait ni couché, ni habité, soit dans une écurie, soit dans une étable. Or ce malade n'avait point la morve, puisque l'autopsie n'a fait découvrir aucune trace de cette maladie dans les fosses nasales, et que l'inoculation du pus recueilli dans l'abcès de l'épaule a déterminé (soit par infection, soit par contagion, peu importe ici) le développement de la diathèse purulente aiguë fé-

brile chez le cheval inoculé, et non le développement de la morve.

A ce dernier fait on pourrait objecter une précédente inoculation faite par M. Bouley jeune, professeur à Alfort. Dans cette expérience, il advint que du pus recueilli chez un homme morveux et inoculé à un cheval, détermina une diathèse purulente caractérisée par des abcès viscéraux sans trace d'altération des fosses nasales, comme dans le cas que nous venons de rapporter. A cela nous répondrions par un plus ample informé sur les caractères distinctifs de la diathèse purulente et de la morve.

D'ailleurs, le fait que nous rapportons n'est pas le seul dans la science. On a vu l'éruption pustuleuse dont il s'agit dans d'autres cas de diathèse purulente. Nous citerons à l'appui de notre assertion le fait suivant :

Obs. II. — Andral. (*Clinique médicale*, t. Ier, p. 148, 25e obs.) — Symptômes ataxo-adynamiques; redoublements quotidiens ressemblant à des accès de fièvre pernicieuse; parotide; *éruption varioliforme à l'épigastre;* sangsues, vésicatoires; quinquina en boissons et en lavement; mort le dix-neuvième jour; ulcérations vers la fin de l'intestin grêle; gros intestin sain; injection de la muqueuse gastrique; rate de volume ordinaire.

Un charpentier, âgé de 36 ans, d'une très-forte constitution, fut apporté à la Charité le 24 juin 1820, dans un état de délire qui ne permit point de savoir de lui l'invasion et la marche de sa maladie. On apprit de ceux qui l'amenèrent qu'il était malade depuis neuf jours.

État du 25 : décubitus sur les dos, pommettes rouges, yeux à demi fermés, bouche béante, lèvres noires et sèches, langue noire et sèche, fendillée; douleur à l'épigastre et à la région cœcale par la pression; constipation; pouls faible et très-fréquent; peau sèche et brûlante; *éruption sur l'abdomen, principalement à l'épigastre, de boutons à base rouge, dont le sommet était surmonté d'une large vésicule encore transparente dans les uns, opaque et contenant un véritable pus dans les autres.* Le malade se plaignait beaucoup; il comprenait avec beaucoup de peine les questions qui lui étaient adressées; il semblait avoir complétement perdu le souvenir des choses passées. (Quinze sangsues à l'anus, un vésicatoire à une cuisse, décoction d'orge, limonade minérale.)

Dans la journée il délira complétement. — Dans la matinée du 26, langue plus humide, une selle; même état du reste. (Quatre sangsues de chaque côté du cou.)

Le 27, sueur de la face et des extrémités supérieures; pas de changement d'ailleurs. (Tisane d'orge, limonade minérale, décoction de polygala, une tasse de vin.)

Le 28, tuméfaction très-douloureuse de la parotide, langue noire, point de selle; ventre souple paraissant insensible à la pression; *les boutons de l'épigastre étaient tout blancs, varioliformes;* le pouls était petit et fréquent, le malade était plongé dans un délire tranquille et continu. (Même prescription.)

Le 29, nous trouvâmes la face, le cou et les membres thoraciques couverts de sueur comme le 27.

Le 30, le délire persistait, la prostration augmentait, le pouls, très-fréquent, était d'une petitesse extrême, la peau brûlante; la langue restait sèche et brune; le ventre était souple, la constipation opiniâtre; la parotide se développait de plus en plus. (Un lavement de quinquina fut ajouté à la prescription des jours précédents.) — A quatre heures du soir, l'œil était éteint, à moitié fermé; soubresauts dans les tendons très-multipliés, carphologie, marmottement continuel.

Dans la matinée du 1er juillet, la face avait une expression plus naturelle; l'œil, moins terne, s'ouvrait de temps en temps, le malade poussait par intervalles de profonds gémissements; il faisait effort pour répondre aux questions, mais ne pouvait rien articuler; il montrait assez facilement sa langue lorsqu'on la lui demandait; elle était sèche, noire, fendillée. Point de selles. Parotide plus grosse et plus dure. (Même prescription.) — A deux heures après midi, face cadavéreuse, dilatation passive des buccinateurs à chaque expiration, marmottement continuel, pouls très-faible et trop fréquent pour pouvoir être compté.

Le 2 juillet, cet état d'agonie persistait. (Infusion aqueuse de quinquina, orge, limonade minérale, deux sinapismes.)

Nous crûmes que le malade succomberait dans la journée; cependant quel fut notre étonnement, lorsque, dans la matinée du 3, nous trouvâmes une amélioration sensible! La face en particulier avait un meilleur aspect; le malade comprenait les questions, mais n'y répondait point; il tirait lentement et avec peine sa langue : elle était humide, visqueuses, mais noire. Les dents étaient nettoyées, la peau était sans chaleur, le pouls faible; même état de la parotide; dessiccation d'une grande partie des boutons de l'épigastre. (Même prescription.)

A quatre heures du soir, la face avait repris de nouveau un aspect cadavéreux; le malade ne paraissait plus entendre les questions comme le matin; la paupière s'abaissait à moitié sur l'œil presque éteint; les buccinateurs se dilataient comme la veille.

Dans la matinée du 3 juillet, une nouvelle amélioration avait eu lieu; le malade entendait, et pour la première fois il parvint à articuler quelques mots de suite; la langue était humide et nette, le ventre plat et indolent, une selle avait eu lieu depuis 48 heures. La parotide était très-volumineuse, une grande quantité de pus s'écoulait par l'oreille. (Même prescription.)

A quatre heures après midi, le mieux avait disparu; un état tout à fait semblable à celui de la veille à pareille heure l'avait remplacé.

Le malade succomba le 4 à sept heures du matin.

Ouverture du cadavre 25 heures après la mort.

Demi-marasme; muscles noirâtres, poisseux, parotide faisant un relief sensible sur la partie latérale de la tête et du cou. Une grande quantité de liquide sanieux et grisâtre séparait les granulations de la glande. Immédiatement au-dessous du pavillon de l'oreille se trouvait un petit foyer purulent; on fit aisément pénétrer par ce petit foyer une

sonde jusque dans le conduit auditif externe. *Crâne.* Le cerveau, non plus que ses membranes, n'offrit rien de notable; un peu de sérosité existait dans les ventricules; les veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur contenaient des bulles d'air en assez grande quantité, résultat probable de la décomposition.

Thorax. Le tissu lamineux du médiastin antérieur était gonflé par des gaz qui lui donnaient une grande ressemblance avec la surface externe du poumon des reptiles. Le péricarde contenait une quantité notable de sérosité citrine. Le cœur était un peu flasque, vide de sang; les poumons étaient parfaitement sains; celui du côté droit adhérait aux côtés par des brides celluleuses anciennes; les bronches de ce côté étaient rouges.

Abdomen. L'estomac était un peu resserré sur lui-même dans sa portion pylorique; les intestins grêles avaient leur volume naturel, le gros intestin offrait des resserrements dans divers points de son étendue; la surface interne de l'estomac était parfaitement blanche dans toute sa portion splénique; mais sa portion pylorique était fortement injectée. La surface interne du duodénum, ainsi que celle des cinq sixièmes supérieurs environ de l'intestin grêle, étaient tapissées par du mucus mêlé à de la bile jaune. Toute cette portion de l'intestin était d'ailleurs très-saine, blanche et transparente; en quelques points seulement existait une faible injection du réseau capillaire sous-muqueux. Dans le sixième inférieur de l'intestin grêle, la membrane muqueuse présentait cinq à six larges ulcérations à bords irrégulièrement découpés, et dont le fond rougeâtre était formé par la tunique musculeuse mise à nu. Entre elles, la membrane muqueuse n'était que médiocrement injectée; les ganglions mésentériques correspondants étaient d'un rouge brunâtre et tuméfiés. Le gros intestin, rempli de matières consistantes et jaunâtres, était parfaitement blanc.

La rate avait son volume ordinaire. Tous les autres viscères étaient sains.

Il est évident que cette observation, que nous empruntons à M. Andral, est une fièvre typhoïde compliquée de diathèse purulente. C'est cette dernière qui imprima à la maladie sa marche rémittente. Eh bien! dans ce cas qu'il est impossible, à cause des lésions intestinales, de rapprocher de la morve aiguë, nous trouvons l'éruption varioliforme de la morve aiguë.

On trouve, dans l'ouvrage de M. Rayer sur la morve, plusieurs observations que notre savant confrère comprend sous le titre de *Cas douteux de morve chez l'homme*, et qui nous ont paru appartenir plutôt à la diathèse purulente commune qu'à la diathèse purulente spécifique, à la morve. Ces faits viendraient à l'appui de ceux que nous venons de citer pour démontrer que l'éruption pustuleuse que nous avons décrite se rencontre dans la diathèse purulente commune comme dans la morve, bien que moins fréquemment, et que cette éruption ne saurait constituer un caractère distinctif de ces deux affections (1).

Passons à la pathogénie.

Nous n'entrerons point dans la discussion étiologique que pourraient soulever l'observation que nous avons rapportée et surtout cette inoculation remarquable de la diathèse purulente de l'homme au cheval. Comme cette discussion sur un seul fait ne pourrait mener à aucune conclusion plausible, nous aimons mieux réserver cette tâche pour plus tard.

Mais il en est tout autrement de la pathogénie. Nous allons étudier ce point de l'histoire de la diathèse purulente.

La théorie des abcès symptomatiques de la diathèse purulente pose deux sortes de problèmes, l'un de méthode, l'autre de doctrine.

§ Ier. *De la diathèse purulente au point de vue de la méthode médicale.*

En pathologie générale, les diathèses font aujourd'hui partie de l'étiologie. Ce sont des causes internes qui agissent spontanément. Ainsi, dit M. Chomel (Elements de pathologie générale, 3e édit., p. 91), « la diathèse est une disposition en vertu « de laquelle plusieurs organes ou plusieurs points « de l'économie sont à la fois ou successivement le « siége d'affections spontanées dans leur développe- « ment et identiques dans leur nature, lors même « qu'elles se présentent sous des apparences diver- « ses. On doit, en conséquence, admettre autant « de diathèses qu'il y a de maladies susceptibles de « se montrer dans plusieurs parties à la fois ou suc- « cessivement sous l'influence d'une cause interne « commune : cette dernière condition est de ri- « gueur. En effet, si plusieurs phlegmasies, une « peritonite, par exemple, une pneumonie et une « ophtalmie se montrent simultanément chez un « même sujet, et si chacune d'elles est produite « par une cause extérieure manifeste, il n'y a point « là de diathèse; mais si les mêmes affections vien- « nent à se développer sans causes évidentes, on « dit alors qu'elles sont dues à une disposition com- « mune qu'on nomme diathèse *inflammatoire.* »

Or, la maladie générale, caractérisée par la présence simultanée ou successive du pus dans les solides et les liquides coagulables de l'économie, peut-elle être attribuée à une cause interne commune? Tel est le problème de méthode que nous allons discuter. Dans notre premier mémoire, nous avions tranché la difficulté et posé d'emblée l'existence de la diathèse purulente. D'ailleurs, à cette époque, en 1838, M. Chomel (deuxième édition) admettait une diathèse purulente. Nous n'émettions pas une idée nouvelle; nous avions avec nous la tradition et l'autorité. Mais dans la dernière édition de son livre, M. Chomel a changé d'opinion, et loin d'avoir pour nous, sur le terrain de la méthode, l'autorité de

(1) Enfin, nous venons d'ouvrir à l'Hôtel-Dieu un sujet mort de la morve deux heures après son entrée, et qui n'a offert sur la peau aucune trace de pustule ni d'éruption quelconque, bien qu'il y eût dans les fosses nasales les pustules caractéristiques, et dans les poumons des abcès morveux.

ce professeur, nous l'avons contre nous. Malgré toute notre déférence pour un aussi grave enseignement, nous ne pouvons nous rendre à l'argument de M. Chomel : « *Nous n'admettons pas* (dit-il, loco cit., p. 91) *la diathèse purulente de quelques auteurs, parce qu'elle ne nous paraît être le plus souvent qu'une infection.* » On conçoit facilement ce laconisme dans un livre élémentaire ; aussi le lecteur n'en doit pas être plus surpris que nous. D'ailleurs, ce n'est pas la forme d'un argument qu'il faut considérer, c'est le fond, c'est la valeur qu'on doit en examiner.

Or, M. Chomel établit que *le plus souvent*, mais seulement *le plus souvent*, la diathèse purulente ne lui paraît être qu'une infection. Il resterait donc, de l'avis même de cet honorable professeur, une somme de cas, exceptionnels si l'on veut, qui ne seraient pas une infection, mais une diathèse. En voilà assez, *logiquement*, pour faire admettre nécessairement la diathèse purulente. Mais la logique n'a jamais satisfait personne, et, bien qu'il s'agisse ici d'un problème de méthode, nous n'attachons pas à cet argument une importance exclusive. Or, la diathèse purulente peut-elle n'être qu'une *infection* dans quelque cas que ce soit? Telle est la véritable difficulté à résoudre, et devant laquelle nous n'éprouvons nulle hésitation.

M. Chomel classe l'*infection* parmi les causes déterminantes spécifiques. Or, dit ce professeur (*loc. cit.*, page 37), « les causes déterminantes « spécifiques ont pour caractère particulier de pro- « duire des maladies qu'elles seules peuvent engen- « drer, et d'être, dans leur action, inaccessibles « aux explications de la physique et de la chimie. » Suivons l'auteur dans l'application qu'il fait de cette donnée à l'infection. « C'est à bord des vais- « seaux (loc. cit. 39), c'est dans les prisons, dans « les camps, dans les hôpitaux et dans les villes as- « siégées que se trouvent le plus souvent réunies les « causes propres à développer les maladies infecti- « ves, et c'est aussi dans ces conditions qu'on voit « un grand nombre de maladies sévir avec plus « d'intensité; on les a décrites sous les noms d'af- « fections putrides, malignes, pestilentielles. Elles se « rattachent presque toutes aux diverses espèces de « typhus et à la dyssenterie.

« On s'accorde assez généralement à les considé- « rer comme dues à ces miasmes et à une infection « de l'économie par cet air altéré; on appelle *in- « fection* l'action exercée par ces causes, et l'on « nomme *infectieuses* les maladies qu'elles déter- « minent. »

Ainsi, d'après ces divers passages des Eléments de pathologie générale, M. Chomel regarderait la diathèse purulente comme ne pouvant être produite que par une seule cause, l'air altéré par les exhalaisons miasmatiques qui proviennent des êtres vivants sains et malades, mais principalement de ces derniers, lorsqu'ils sont accumulés en trop grand nombre dans un espace relativement trop étroit.

D'après cette manière de voir, rien ne serait plus fréquent que de voir la diathèse purulente attaquer toute espèce de malade dans les hôpitaux, et on ne l'observe neuf fois au moins sur dix que chez les opérés, les blessés et les femmes nouvellement accouchées. Voilà une cause déterminante spécifique bien différente de celles qui produisent les diverses espèces de typhus et la dyssenterie, et qui certainement, d'après la définition du professeur Chomel, ne peut rentrer dans la classe des causes déterminantes spécifiques, puisqu'elle est généralement incapable de produire à elle seule la maladie que nous appelons diathèse purulente. Il faut donc admettre chez ces opérés, ces blessés, ces femmes en couches, pour expliquer la production de la maladie, « *une « prédisposition latente*, qui elle-même semble « devoir consister en une modification spéciale, « mais entièrement inconnue dans son essence, « soit de toute l'économie, soit d'un ou plusieurs « des parties qui la constituent. » Donc, il faut admettre que la maladie qui nous occupe résulte « d'une disposition en vertu de laquelle plusieurs « organes ou plusieurs points de l'économie sont à « la fois, ou successivement, le siége de suppura- « tions spontanées dans leur développement, et « identiques dans leur nature, lors même qu'elles « se présentent sous des apparences diverses. » Donc il faut admettre une diathèse purulente. Donc la diathèse purulente ne peut être une infection dans quelques cas que ce soit. Donc, enfin, M. Chomel ne peut être autorisé à rejeter la diathèse purulente, sur ce motif *qu'elle paraît n'être le plus souvent qu'une infection*, puisque l'infection ne saurait jouer, par rapport aux abcès multiples, le rôle de cause déterminante spécifique.

Il semblerait, au premier coup d'œil, que toutes les difficultés soient levées et que nous ayons gain de cause : pas encore. On nous objecterait de suite que nous avons profité d'une définition restreinte du mot et de l'idée d'*infection*, et que, grâce à cette manière de raisonner, nous n'avons envisagé la question que sous une de ses faces. En effet, bon nombre de pathologistes moins rigoureux dans leur langage que M. le professeur Chomel, comprennent sous le nom d'*infection* l'absorption de certaines sécrétions morbides, du pus en particulier, et confondent ainsi deux catégories de causes en une seule. Peu importe cette confusion : allons au fait.

Il ne s'agit plus maintenant d'*infection*, mais d'*empoisonnement*. « Enfin, dit M. Chomel, *loc. « cit.*, page 36, les poisons septiques, comme la chair « d'animaux morts de certaines maladies pestilen- « tielles, les matières animales en putréfaction, « *certains produits de secrétion morbide*, déter- « minent des maladies graves revêtant la forme « adynamique ou ataxique, se compliquant souvent « de gangrène, et ayant, le plus souvent, une issue « funeste. » Que l'on range ces produits morbides parmi les *ingesta* ou les *applicata*, peu importe pour bon nombre de médecins, car, suivant eux, ces causes n'agissent que par l'absorption et l'altération du sang qui résulte de leur passage dans la circulation. — Disons-le tout de suite, les *ingesta* peuvent être causes occasionnelles de la diathèse purulente, comme les *circumfusa*. Qui n'a vu nombre de blessés et de femmes en couches être pris de cette maladie après une indigestion, un refroidissement? Et l'on peut en dire autant des *percepta* ; car les émotions morales sont, sous le rapport qui

nous occupe, aussi funestes aux blessés et aux femmes en couches que les *ingesta* et les *circumfusa*. Jusqu'ici nous n'avons point affaire à des empoisonnements.

Quel est donc le poison auquel on pourrait avoir recours pour expliquer la production de la diathèse purulente? Nous n'avons qu'à consulter les auteurs; ils ont signalé le pus et les débris de placenta dans l'utérus.

Nous n'avons pas plus l'envie de contester l'influence du pus altéré et du placenta putréfié sur la production de la diathèse purulente que nous n'avons eu l'idée de contester l'influence de l'entassement des malades; bien loin delà, nous avons signalé *la macération des séquestres dans le pus* comme une des circonstances les plus fâcheuses pour les malades amputés dans la continuité des membres et ceux qui sont affectés de fractures compliquées de plaies ou d'esquilles libres. Personne, nous le rappelons (1), n'a signalé plus hautement l'entassement des malades comme une cause propre à favoriser le développement de la diathèse purulente. On nous a même, dans un numéro du *Bulletin thérapeutique*, reproché, avec un atticisme que nous n'apprécierons pas, de *localiser la diathèse purulente dans l'atmosphère*. Mais quelle conclusion tirer de ces faits, sinon qu'une foule de causes éloignées, de causes externes, peuvent se réunir et agir en plus ou moins grand nombre pour produire chez certains malades une *cause interne commune* sous l'influence de laquelle plusieurs organes ou plusieurs points de l'économie sont à la fois ou successivement le siége de suppurations spontanées. Or, dit M. Chomel, « on doit admettre autant de diathèses « qu'il y a de maladies susceptibles de se montrer « dans plusieurs parties à la fois ou successive- « ment sous l'influence d'une cause interne com- « mune. »

Sur quoi donc porte l'objection de M. Chomel? Sur la confusion des causes éloignées et des causes prochaines. Mais, pourrait dire M. Chomel, je n'admets pas de causes prochaines, je ne puis donc les confondre avec les causes éloignées. En effet, M. Chomel dit, page 30 de son livre: « *La cause prochaine, qui n'est autre chose que l'essence même de la maladie, que la modification intime de l'organisme qui la constitue, ne peut pas être comptée parmi les causes qui la produisent.* » Mais ces causes prochaines qu'il rejette à la page 30, M. Chomel les admet à la page 90 de son livre. Je cite pour la troisième fois ces paroles: « On doit admettre autant de diathèses qu'il y a de maladies susceptibles de se montrer dans plusieurs parties à la fois ou successivement sous l'influence d'une *cause interne commune:* cette dernière condition est de rigueur. » Or, qu'est-ce que la *cause interne commune* de M. Chomel, sinon la cause prochaine de la maladie? et comme toute cause se définit par ses effets, nous demandons à M. Chomel si la *cause interne commune* des abcès multiples est ou n'est pas une diathèse purulente.

Que l'infection soit une des causes éloignées de la diathèse purulente, c'est ce que nous avons établi dans notre travail (voir *l'Expérience*), et M. Chomel n'a fait sous ce rapport que nous emprunter à d'autres et à moi cette idée; que l'absorption du pus altéré, du placenta en putréfaction, que des indigestions, des refroidissements, des émotions soient dans le même cas que l'*infection*, c'est encore ce que nous avons établi dans le même travail. Mais ce qui ne nous serait jamais venu à l'esprit, c'est de définir la diathèse purulente une infection, un empoisonnement, une indigestion, un refroidissement, une émotion morale. Or, comment cela a-t-il pu entrer dans l'esprit de M. Chomel? Nous ne le concevons pas. En effet, M. Chomel admet des diathèses rhumatismale, goutteuse, tuberculeuse, cancéreuse, gangréneuse, dartreuse, scorbutique, osseuse, anévrysmale (page 90). « On doit, dit-il, y joindre les diathèses variqueuse, mélanée, ulcéreuse, hémorrhagique. » Or, M. Chomel n'a jamais enseigné que les diathèses n'eussent pas de causes éloignées. Enfin, pourrait nous dire l'honorable professeur dont nous cherchons à entraîner la conviction, « je ne fais pas ici de l'infection une cause éloignée, mais une cause interne. » En effet, M. Chomel appelle *infection* l'action exercée sur l'économie par les miasmes.

A cela nous répondrons, 1° que M. Chomel rattache presque toutes les maladies produites par l'infection aux diverses espèces de typhus et à la dyssenterie. Comment donc supposer que M. Chomel a *oublié* de mentionner la diathèse purulente qu'il est à même d'observer tous les jours dans les hôpitaux de Paris, lorsqu'il signale le typhus et la dyssenterie que l'on n'y a point vus depuis près de trente ans? 2° Que si M. Chomel tenait à appeler la *diathèse* purulente une *infection*, il ne pouvait pas dire une page auparavant, « *qu'on doit admettre* « *autant de diathèses qu'il y a de maladies sus-* « *ceptibles de se montrer dans plusieurs parties* « *à la fois ou successivement, sous l'influence* « *d'une cause interne commune.* » En effet, cette condition s'applique aux abcès symptomatiques de la diathèse purulente d'une manière évidente. Eh bien! si *l'on doit* admettre autant de diathèses qu'il y a de maladies, etc., etc., M. Chomel *doit* les admettre comme ceux auxquels son livre s'adresse. Et puisque les abcès *dits métastatiques* sont *susceptibles de se montrer dans plusieurs parties à la fois ou successivement sous l'influence d'une cause interne commune*, M. le professeur Chomel est condamné par ses propres paroles à admettre la *diathèse purulente*.

Si nous cherchions à pénétrer les motifs qui ont peu engager M. Chomel à nier la diathèse purulente, nous la trouverions dans la tendance qu'a ce professeur à embrasser les idées des *introphysiciens*. C'est cette tendance qui domine les éléments de pathologie générale, et qui se manifeste en particulier dans le refus d'admettre des causes prochaines. Ces causes prochaines ont toujours répugné aux iatro-physiciens. Déjà du temps d'Hippocrate, ils manifestaient ce mauvais vouloir, et le père de

(1) Voyez l'Expérience, année 1838. C'est pour démontrer ce fait que nous nous sommes décidé à renverser les doctrines de la phlébite et de la résorption purulente.

la médecine, dans le traité *De veteri medicina*, les réfute sur le terrain de la pratique. D'ailleurs toute méthode repose sur une doctrine avouée ou non avouée, explicite ou implicite. On a beau dire que l'on n'en accepte aucune, on se fait illusion. Est-ce ou n'est-ce pas être iatro-physicien que de traiter la fièvre typhoïde par les chlorures désinfectants, comme on laverait un vase puant, et d'expliquer l'action avantageuse de la méthode rasorienne dans la pneumonie par les secousses que le vomissement imprime au poumon? Eh bien! cette application et cette explication, déduites, l'une de l'iatro-chimie, l'autre de l'iatro-mécanique, appartiennent à M. Chomel. Cependant nous devons dire qu'il ne faut pas asseoir un jugement formel sur ces sortes de preuves. Peu d'hommes sont *logiciens*, presque tous sont inconséquents, ce qui n'est pas toujours un mal, ce qui même est un grand bien, quand les principes sont erronés.

C'est encore l'iatro-mécanique que nous allons rencontrer en cherchant la solution du second problème, celui de doctrine.

La suite à un prochain n°.

(*L'Expérience*, n°s 223.)

---

56. *De la fièvre intermittente et de la splénite.*

On se préoccupe fort, depuis quelque temps, d'une question assez oiseuse à notre avis; nous voulons parler de la question de savoir si les fièvres intermittentes sont la cause ou l'effet de l'engorgement de la rate, qu'on décore gratuitement du nom de splénite. Cette question est assez oiseuse, disons-nous, car elle n'intéresse nullement le traitement spécifique de ces fièvres, puisque les partisans de l'opinion que les fièvres intermittentes sont un effet de l'engorgement de la rate continuent à penser que les préparations de quinquina en sont le remède, comme le pensent toujours ceux qui trouvent que l'engorgement dont il s'agit n'en peut être qu'une conséquence. Cependant, il faut prévoir le cas fort possible où le système de l'étiologie organique des fièvres intermittentes viendrait à prendre le dessus, et prétendrait réduire la thérapeutique de ces fièvres au simple traitement d'une lésion circonscrite de la rate. C'est pour aller au devant du danger réel d'une semblable supposition, que nous allons examiner comparativement les titres respectifs des deux opinions. Remarquons préalablement que ce système d'étiologie dérive de la même source qui rattachait naguère toutes les maladies à un point déterminé de l'organisation, et qu'il n'est ainsi, en définitive, qu'une variante pure et simple des hypothèses surannées des anatomo-pathologistes ou des organiciens. Que les médecins qui se targuent d'avoir découvert l'origine splénique des fièvres intermittentes veuillent bien se rapporter à quelques années en arrière, et ils s'assureront par eux-mêmes de sa filiation légitime avec les précautions aujourd'hui jugées des systématiques de ce temps-là. C'est à ce titre que nous ne disputerons pas à M. Andouard la gloire, si gloire il y a, d'avoir trouvé, dès l'année 1823, que les fièvres intermittentes ont leur siége ou dépendent, ce qui revient au même, d'un engorgement sanguin de la rate. Le point le plus difficile, c'est d'établir cette dépendance, c'est de prouver que la splénite et ces fièvres ne font qu'un.

Les fièvres intermittentes appartiennent à la classe des maladies qui jouissent du privilége d'envahir primitivement l'ensemble de l'organisation. L'impression de leurs causes appréciables ne permet en aucune manière de les rapporter à une lésion partielle; il y a plus, c'est que ces fièvres perdent entièrement leur caractère dès qu'elles marchent sous la dépendance d'une de ces lésions. En effet, tout l'art du praticien, en présence des phénomènes de ces fièvres, consiste à savoir démêler si elles sont primitives ou essentielles, ou bien, au contraire, si elles sont secondaires ou symptomatiques : ce n'est qu'à ce prix qu'il réussit à s'en rendre maître, ou plutôt qu'il en triomphe à coup sûr. Quant à leurs causes, l'expérience enseigne qu'elles se forment de toutes pièces au printemps et en automne, par l'action des alternatives répétées des qualités atmosphériques contraires, concurremment avec les émanations qui s'élèvent du sol durant ces deux saisons. Un autre genre de causes, source de l'espèce de ces fièvres les plus rebelles et les plus graves, ce sont les effluves paludiques qui surgissent de tous les lieux où se rencontrent des eaux dormantes mêlées à des détritus végétaux. Maintenant, qu'observe-t-on chez les sujets disposés aux fièvres intermittentes, et qui se trouvent influencés par ces causes? La rate éprouve-t elle spécialement quelque altération sensible comme elle le devrait, si le point de départ des symptômes fébriles résidait dans cet organe? Point du tout. La rate ne s'altère que par suite de la fièvre même, comme le savent tous les praticiens qui exercent près des contrées marécageuses. L'impression de la cause de ces fièvres porte indistinctement sur tous les organes, c'est leur sensibilité générale qui s'en affecte, et qui donne le branle à l'appareil des symptômes pyrétiques; mais si l'on persistait à vouloir localiser l'action de la cause de ces fièvres, ne serait-ce pas plutôt sur les organes respiratoires, sur la peau ou dans l'estomac, qu'il faudrait en établir le siége? Pourquoi la rate seule aurait-elle l'avantage d'attirer les miasmes paludiques? pourquoi pas aussi le foie, le pancréas, le mésentère, le système des vaisseaux de la veine porte? Car enfin, après la mort par les fièvres intermittentes prolongées, la rate n'est jamais le seul organe lésé; sa lésion lui est commune avec celles de la foule des viscères de la cavité abdominale. On pourrait, à la rigueur, s'en prendre à la lésion de la rate si cet organe était doué d'une sensibilité plus exquise que les autres; mais c'est tout le contraire, puisque tout le monde sait que la rate ne paraît jouer dans les fonctions importantes confiées aux viscères abdominaux, qu'un rôle secondaire ou même passif, et qu'elle est du reste très-peu susceptible.

Les symptômes des fièvres d'accès concordent-ils mieux que leurs causes avec l'idée d'une splénite? Une fièvre intermittente se présente à l'observation de l'une des trois manières suivantes : Ou

bien elle est composée de trois stades si parfaitement connus par les noms de stade du froid, stade de la chaleur, et stade de la sueur, avec une intermission complète; ou bien elle prend la forme d'une pyrexie continue, quoiqu'elle ne soit au fond qu'une fièvre intermittente déguisée; ou bien enfin elle apparaît sans aucun trouble fébrile proprement dit, offrant l'aspect d'une lésion locale circonscrite comme une hémicranie, une toux convulsive, une éruption cutanée. L'affinité essentielle de ces sortes d'états morbides à retours périodiques, avec la nature des fièvres intermittentes, leur a fait donner, malgré l'absence du moindre appareil fébrile, le nom particulier de fièvres intermittentes larvées. Or, ni l'une ni l'autre de ces trois formes d'un même fond de maladie ne peut être rapprochée légitimement de la splénite. Dans la première, les symptômes fébriles révèlent une affection générale qui appuie à peu près également sur tous les systèmes organiques, sur toutes les cavités. La rate, sans doute, doit en éprouver l'influence comme l'éprouvent les autres organes, mais rien n'autorise à rapporter exclusivement à sa souffrance la série des symptômes dont un accès de fièvre régulière se trouve constitué. On serait plus en droit de les faire découler du cerveau ou des méninges, lorsque la céphalalgie est très-vive, comme c'est assez l'ordinaire, de l'estomac et du foie, lorsque des vomissements ou des déjections bilieuses s'y joignent; on pourrait tout aussi bien en accuser une phlogose des articulations des membres, lorsqu'elles s'accompagnent d'un sentiment de courbature générale. De quel droit, d'ailleurs, attribuer à la rate une affection fébrile, qui ne se révèle par aucun symptôme émané de cet organe, quand on peut l'imputer à des systèmes organiques notablement lésés dès les premiers moments de son invasion, et qui exécutent dans l'économie des fonctions bien autrement importantes?

Les fièvres intermittentes, déguisées sous forme de fièvres continues, doivent en général cette condition fâcheuse à la complication d'une fièvre d'accès simple avec une localisation des mouvements pathologiques sur quelque organe spécial, ou bien encore à l'association de cette espèce de fièvre avec un autre état morbide général, comme une affection bilieuse, inflammatoire ou catarrhale. Dans l'un et l'autre cas, le moyen le plus sûr de ramener la fièvre à son caractère primitif, savoir, à une véritable intermittente, c'est de la débarrasser de toute alliance étrangère, ce qu'on obtient plus ou moins aisément, suivant la nature ou la gravité de la complication. Dans ces cas de fièvre pseudo-continue, la rate ne joue pas plus un rôle que dans les fièvres d'accès légitimes, au commencement de leur apparition. Des faits décisifs le prouvent évidemment. D'abord la rate ne paraît pas généralement compromise; du moins aucun symptôme particulier n'en signale clairement la lésion. Qu'importe que le plessimètre atteste que cet organe est plus gonflé qu'à l'ordinaire, son application sur la région du foie attesterait, dans l'organe hépatique, un semblable gonflement; le poumon, ausculté médiatement, n'indique-t-il pas aussi un état d'éréthisme ou de distension? Le cerveau et les méninges participent à cette sorte d'érection commune à tous les organes sous l'influence de la chaleur de la fièvre: ce qui démontre sans équivoque la céphalalgie, l'injection des yeux, le bruissement des oreilles, la vibration des carotides, la rougeur de la face, son intumescence et les étourdissements. Un autre fait plus convaincant que les symptômes de l'indifférence de la rate aux fièvres intermittentes pseudo-continues, est fourni par les résultats de leur traitement. Tous les jours, en effet, on voit rappeler ces sortes de fièvres à leur véritable type, pour les guérir ensuite radicalement, en préparant les voies de la médication spécifique, à l'aide tantôt des antiphlogistiques généraux ou locaux, tantôt à l'aide des éméto-cathartiques, qui débarrassent les voies gastriques, tantôt par d'autres moyens, tous en dehors d'un traitement spécial de l'engorgement ou de l'inflammation de la rate.

Dans la troisième forme des fièvres intermittentes, dans celles qu'on appelle larvées, il est encore plus impossible de trouver une place pour la lésion de cet organe. Ces fièvres larvées marchent souvent sans aucun symptôme fébrile, se réduisent à un groupe de phénomènes anormaux, bornés tantôt à la cavité abdominale, et quelquefois même aux points très-circonscrits de l'un des organes contenus dans quelqu'une des trois cavités. Dans ces fièvres, dont on ne peut contester les rapports intimes avec les fièvres d'accès, puisqu'elles se changent en ces fièvres ou proviennent d'elles, qu'elles règnent aux mêmes époques, et qu'elles se guérissent exactement par la même méthode; appliquez tant qu'il vous plaira le plessimètre sur la région de la rate, explorez-la dans tous les sens, vous n'y découvrirez pas le moindre vestige d'engorgement; cela devrait être pourtant si la rate était le siége de la fièvre intermittente, car, encore une fois, les fièvres larvées réunissent, moins les symptômes ou la forme, tous les caractères des fièvres intermittentes.

L'anatomie pathologique renverse avec le même avantage l'opinion que nous combattons. Voyez ce qu'on rencontre, après la mort, à la suite des fièvres intermittentes pernicieuses, et vous reconnaîtrez avec évidence que la rate n'offre presque jamais la moindre lésion. Nous citons les fièvres intermittentes, parce que ce sont ces espèces qui font périr avant les engorgements viscéraux consécutifs aux fièvres intermittentes. Si la rate ne témoigne d'aucune altération dans les cas de ces fièvres les plus intenses, sans contredit, puisque les malades en meurent, peut-on admettre qu'elle soit lesée dans les circonstances ordinaires et lorsque les malades en réchappent?

Le traitement des fièvres intermittentes achève de donner un démenti à l'opinion de leur dépendance d'une splénité. A moins de renverser les idées reçues sur la nature des inflammations, comment admettre que le quinquina ou ses préparations puissent être le remède par excellence d'une splénite. Observons ce qui se passe quand ces sortes de fièvres s'aillient par hassard avec un état inflammatoire bien distinct, tels qu'une gastrite, par exemple, une pneumonie ou une fièvre du même genre. Sous l'influence d'une complication de cette espèce, la

fièvre intermittente se transforme généralement en fièvre continue, et on ne vient à bout de la rappeler à son caractère intermittent qu'à force d'émissions sanguines, d'émollients et de débilitants ; les préparations de quinquina, administrées dans ces dispositions spéciales accroissent infailliblement les symptômes, et font dégénérer quelquefois des fièvres simples et bénignes en affections mortelles ; ces préparations précieuses n'interviennent avec avantage que lorsque toute inflammation a cessé et que la fièvre est redevenue ce qu'elle était primitivement. Il en serait de même si une splénite réelle se joignait à ces fièvres, et dès que le quinquina en triomphe, c'est une preuve sans réplique qu'il ne saurait y avoir d'inflammation. Nous ajoutons qu'on qualifie mal à propos de splénite ou inflammation de la rate un état particulier de cet organe qui ne ressemble nullement aux véritables inflammations. Toutes les fois que sur les malades ou après la mort on arrive à constater une lésion de sa substance, la lésion dont il s'agit se réduit à une distention passive, distention occasionnée seulement par un amas plus ou moins considérable de sang ; du reste, rien ne décèle dans cette masse spongieuse le travail caractéristique des inflammations. Il n'y a là ni induration de tissus, ni traces de formation organique, ni génération de pus. C'est même pour cet état tout particulier de la rate, à la suite d'un accès de fièvre rebelle, qu'on a créé jadis le nom expressif d'infarctus ou d'obstruction.

Nous venons de montrer que la fièvre intermittente n'était pas et ne pouvait pas être une splénite, et qu'on est très-fondé en outre à rejeter l'idée que le gonflement de la rate qui se rencontre quelquefois avec les fièvres était une splénite. Nous avons établi l'une et l'autre opinion sur la comparaison des caractères des fièvres intermittentes et des caractères propres à l'engorgement de la rate. Il résulte de ce parallèle que l'engorgement de la rate, faussement qualifié de splénite, ne coïncide pas avec les premiers accès des fièvres intermittentes, et qu'il n'arrive jamais qu'à la suite ou par l'effet de la durée de la fièvre. Disons maintenant quelques mots sur l'emploi des préparations de quinquina tel qu'il est en usage parmi les partisans du système que nous combattons. Ces médecins se sont figuré que le sulfate de quinine n'était jamais nuisible, à quelque dose qu'il pût être pris, et que c'était plutôt à ces hautes doses qu'il parvenait à guérir leur prétendue splénite : de là l'administration de cette substance, non plus par centigrammes, mais par grammes, et pour ainsi dire à pleines mains. Nous pensons, pour notre compte, et nous autorisant, non de quelques cas cités par ces médecins, mais de l'observation réitérée des praticiens de tous les temps, que le quinquina, administré à de si hautes doses, n'est pas, il s'en faut de beaucoup, sans inconvénients. Il y a longtemps que l'expérience a appris que les trop grandes doses de quinquina engendrent précisément les engorgements viscéraux que l'on croit détruire par ces moyens. Le sulfate de quinine surtout, beaucoup plus actif que le quinquina en substance, doit produire des inconvénients ; son action, en pareil cas, est pour ainsi dire mécanique, car il agit alors comme un irritant permanant des voies gastriques, et l'on sait que rien n'est plus propre à provoquer les engorgements des viscères abdominaux que l'application prolongée des irritants gastro-intestinaux ; s'il ne produit pas constamment ces conséquences, c'est que l'excédant du sel, administré par des mains inhabiles, est rejeté par les divers émonctoires, comme le prouvent les nombreux dépôts de cette substance qui se trouvent mêlés aux urines après l'ingestion de trop grandes doses. Cette élimination, que les investigations chimiques démontrent, fournissent au moins la preuve de l'inutilité des trop grandes quantités de ce remède, puisque la portion qui s'échappe ainsi de l'économie reste nécessairement sans action. Quant aux époques les plus favorables à l'opération du sulfate de quinine, c'est à tort qu'on s'imagine pouvoir assujettir tous les malades à une règle commune. A cet égard comme à l'égard des autres maladies, il ne faut se déterminer que d'après la nature et la marche de l'affection fébrile, nature et marche qui changent ou varient dans les divers malades. Le seul principe admissible en pareille occurrence et pour les cas de fièvres intermittentes non pernicieuses, c'est de ne faire intervenir le traitement spécifique que lorsque toutes les complications ont disparu, et ensuite d'espacer les doses de l'anti-périodique de telle sorte qu'il puisse prévenir le retour du nouvel accès. Les fièvres intermittentes pernicieuses exigent, comme on le sait, beaucoup moins de ménagements et plus de promptitude ; elles réclament en outre de plus hautes doses du remède ; c'est ici en effet que l'occasion est fugitive et qu'un retard d'une heure peut compromettre la vie des sujets. Toutefois il suffit dans les cas les plus graves d'une dose de soixante-dix centigrammes ou un gramme pour obtenir tous les effets curatifs du sulfate de quinine.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, octobre.

---

57. *Un mot sur un nouveau traitement de la teigne faveuse;* par PETEL, D. M. à Louvier.

Je ne veux point faire ici l'histoire de la teigne faveuse. Cette hideuse maladie a été suffisamment décrite par tous les auteurs. Elle a des caractères tranchés qui ne permettent, ni de la méconnaître ni de la confondre avec aucun autre exanthème. Je dirai seulement un mot de son traitement.

Jusqu'à ces derniers temps, la teigne n'a point connu de méthode curative, rationnelle. En vain a-t-on employé contre elle le soufre et ses préparations, les mercuriaux, les caustiques, les émollients, les astringents, les bains simples et médicamenteux, etc., etc.; en vain a-t-on joint un traitement interne aux médications extérieures, tout a été impuissant. Citera-t-on la méthode par la calotte ? Si elle a obtenu quelques guérisons, elle a dû être abandonnée à cause des souffrances qu'elle détermine. On a proposé d'arracher les cheveux un à un avec une pince, moyen lent, douloureux encore, et qui ne paraît pas praticable lorsque la maladie est

étendue. MM. Mahon seuls ont compté de véritables succès.

Ainsi un empirisme aveugle sans résultat, un traitement barbare, un remède secret, la propriété de quelques hommes qui l'exploitent à leur profit, voilà tout ce que la science possède.

Cependant, les véritables bases du traitement apparaissent à tout observateur quelque peu attentif. Il est écrit partout que la teigne n'est point guérissable sans l'épilation. N'est-ce pas ainsi qu'agit la nature? Il n'y a plus de favus là où il n'y a plus de cheveux; n'est-ce pas ainsi seulement qu'agit la calotte? n'est-ce pas de la même manière qu'agissent les frères Mahon, sinon qu'ils font précéder l'épilation par un traitement topique qui rend celle ci plus facile.

Cherchons donc une bonne méthode épilatoire; et d'abord, je dois déclarer que j'ai imité tout ce que j'ai connu du procédé Mahon. J'ai fait une pommade et une poudre, puis j'ai agi à peu près comme ils agissent. Voici mes formules :

Prenez : Soude du commerce. 60 centigrammes.
Chaux éteinte. . . . 4 grammes.
Axonge. . . . . 120 grammes.
Faites une pommade.

Prenez : Chaux vive. . . . . 120 grammes.
Charbon pulvérisé. . 8 grammes.
Faites une poudre.

Lorsqu'un teigneux se présente, je fais couper les cheveux à un quart de pouce de la peau. Je fais tomber les croûtes par des applications de cataplasmes farine de graine de lin; je nettoie le cuir chevelu par des lotions avec l'eau de savon ou une lessive légère.

Cela fait, vers le sixième jour, je fais commencer des frictions avec la pommade sur toutes les parties malades, frictions qu'on renouvelle une fois chaque jour; puis on entretient la propreté de la tête avec un peigne fin, enduit d'un corps gras, et à l'aide de lotions avec l'eau de savon, répétées tous les six ou huit jours. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement et la rougeur du cuir chevelu diminuent peu à peu, mais sans jamais cesser entièrement. Les favus, dont la reproduction successive entretient la maladie, deviennent plus rares et bientôt ne se montrent plus qu'à de longs intervalles. Il faut, pour arriver à ce degré, un temps plus ou moins long, six semaines, deux mois, et souvent beaucoup plus. Alors on sème, dans les cheveux, tous les deux jours, une pincée de poudre.

Peu à peu les cheveux perdent leur adhérence à la peau, et il devient facile de les arracher avec une pince ou avec les doigts, comme on le fait des plumes d'un oiseau; l'évulsions s'opère sans douleur, et est complète en quelques séances.

Quand toutes les parties malades ont été entièrement dénudées, le traitement est à peu près terminé; il suffit de graisser la tête avec la pommade, tous les deux ou trois jours, et d'entretenir une grande propreté; les cheveux repoussent partout où la maladie n'en avait pas détruit la racine. On cesse les frictions quand la peau a repris ses couleurs naturelles.

Dix-neuf individus sont venus à diverses époques réclamer mes soins, depuis le mois d'avril 1840 jusqu'à ce jour, 20 octobre; tous ont été traités par le procédé que je viens de décrire. Indiquons, dans un même tableau, les conditions dans lesquelles chacun d'eux s'est trouvé.

Nos	NOMS.	AGÉ DE	MALADE DEPUIS	CONDITIONS DANS LESQUELLES SE TROUVAIENT LES MALADES.
1	Del	3 ans.	2 mois.	Bonne santé, aisance, propreté.
2	Fouet	12	9 ans.	Aisance, saleté.
3	Fouet, fille. . . ,	9	6	
4	Provost, fille. . .	22	15	Misère extrême, saleté.
5	Vincent.	17	l'enfance.	Misère, saleté.
6	Vincent.	8		
7	Vincent.	4		
8	Provost, femme.	29	13	Peu d'aisance, propreté douteuse.
9	X	15	10	Aisance, propreté.
10	B..., fille.	13	3	Aisance, propreté.
11	Raniguenet	13	l'enfance.	Misère, saleté.
12	Raniguenet	9		
13	Deschamps	17	id.	Misère, saleté.
14	Deschamps	9		
15	Quenneville, fille.	13	10	Misère, saleté.
16	Quenneville. . . .	9	l'enfance.	
17	Quenneville. . . .	3		
18	Aubé, fille	12	id.	Misère, saleté.
19	Aubé	11		

Le n° 1 a été guéri après trois semaines de pansements, et, depuis le mois d'avril, il n'a pas reparu une pustule.

Le sieur X., n° 9, avait été soumis au traitement dès le commencement de l'hiver. Il y a mis d'abord beaucoup de négligence; l'épilation a été ter-

minée vers la fin de mai ; depuis lors, il va bien.

Les malades indiqués sous les nos 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10 et 17, ont achevé le traitement depuis un, deux et trois mois. Les cheveux repoussent sans qu'il y ait apparence de rechute. Le traitement a duré de deux à quatre mois, et cinq mois pour le no 17.

Le nommé Vincent, no 4, a eu les cheveux arrachés entièrement ; de nouvelles croûtes se sont formées ; mais on ne saurait croire quelle saleté règne dans toute sa personne.

Les nos 11 et 12, en traitement depuis deux mois, sont d'une négligence extrême, et laissent souvent passer plusieurs jours sans rien faire ; ils n'offrent que peu d'amélioration.

Des frères Deschamps, l'un n'a plus que quelques cheveux à arracher, l'autre, no 9, va être soumis à l'épilation ; celui-ci avait la tête couverte d'ulcérations profondes. Les premiers pansements datent de trois mois.

Les enfants Quenneville, nos 14 et 15, sont dans nos mains depuis cinq mois ; ils vont bien. L'un d'eux, no 15, avait aussi de nombreuses et profondes ulcérations du cuir chevelu.

Les frères Aubé ne font des remèdes que depuis trois semaines, et présentent une amélioration notable.

(*Ibidem.*)

---

58. *De la cautérisation appliquée au traitement de la teigne.*

Une nouvelle opinion a été émise dans ces derniers temps sur la nature de la teigne. Après de longues et minutieuses observations au microscope des favus suivis depuis leur origine jusqu'à leur entier développement et une série d'expériences curieuses, un jeune médecin hongrois, M. Gruby, croit être fondé à dire que les favus sont des espèces de plantes, des cryptogames, du genre fongus, qu'il nomme micoderme. Selon lui, non-seulement ils en présentent l'aspect et la forme, depuis leur origine jusqu'à leur maturité la plus complète, mais encore, quand ils sont arrivés à cette dernière époque, si on les divise, et si on en soumet quelques portions à des lentilles qui augmentent trois ou quatre cents fois l'objet, M. Gruby reconnaît parfaitement les fruits ou sporules qui existent dans l'intérieur de la cavité, comme cela a lieu dans les autres fongus du règne végétal. Il pense, en conséquence, que les *favus* se reproduisent par ces semences ; les dépressions que produit sur le derme le développement de la face interne des favus ne présentent jamais d'ulcération, selon M. Gruby. Cette opinion a fait une certaine sensation parmi les dermatologistes ; nous devons même dire que toutes les recherches faites jusqu'ici à l'hôpital Saint-Louis, par deux ou trois médecins, tendent à faire admettre la réalité du fait signalé par le médecin hongrois.

Cette nouvelle étiologie du favus ne serait qu'un fait scientifique curieux, si elle ne mettait sur la voie d'une nouvelle méthode de traitement propre à faire triompher plus sûrement et plus rapidement de cette atroce et dégoûtante maladie nommée teigne. Des essais sont faits en ce moment à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de MM. Devergie et Emery. Nous ne pouvons dire si le traitement employé recevra une consécration pratique assez complète pour être généralement adopté ; mais ce que l'on peut assurer dès aujourd'hui, c'est que la cautérisation, moyen employé dans ce cas sous nos yeux, chez plusieurs malades, a eu des résultats merveilleux.

M. Devergie a déjà, depuis plus d'une année, commencé sur un assez grand nombre de malades atteints de diverses maladies de la peau, l'emploi raisonné de certains caustiques. Il recueille consciencieusement les faits, afin de juger cette méthode thérapeutique. Toujours est-il qu'en employant la cautérisation, le 5 août dernier, chez un malade de ses salles atteint de favus, il n'a eu pour but que de poursuivre la série de ses expérimentations. Le succès a été complet, car en cinq jours le favus a été guéri. Le caustique employé a été le nitrate acide de mercure. Voici le fait :

Le nommé Janouix, âgé de 18 ans, d'une tempérament lymphatique, né de parents sains, n'avait jamais eu de maladie du cuir chevelu, et ne fréquentait aucun enfant affecté de la teigne, lorsqu'il y a cinq ans il reçut un coup sur la tête ; peu de temps après il ressentit au cuir chevelu de vives démangeaisons, et un favus se déclara sous une forme discrète. Divers traitements furent employés sans succès. Ce jeune homme vint à Paris et entra à l'hôpital Saint-Louis le 21 juillet 1841, où il fut couché salle Saint-Louis, no 27, service de M. Devergie ; il était dans l'état suivant : le sommet et la partie postérieure de la tête, principalement le côté droit, offraient une foule de plaques jaunâtres, rondes, déprimées à leur centre, à bords relevés et épais, sous la forme de bourrelets ; le plus grand nombre de ce plaques étaient isolées ; plusieurs étaient réunies entre elles ; toute ou presque toutes étaient traversées à leur centre par un ou plusieurs cheveux. Quand on détachait un de ces godets, on voyait la peau déprimée, lisse, lubrifiée par une matière muqueuse et paraissant dépourvue d'épithélium.

Le 5 août, M. Devergie touche chaque godet de favus avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate acide de mercure du *codex ;* ils prennent aussitôt une teinte d'un jaune rougeâtre. Le lendemain et les jours suivants ils avaient pris une coloration noire. Le cinquième jour depuis la cautérisation tous les godets étaient tombés, la peau était peu colorée et sèche ; elle était recouverte d'épiderme ; il n'existait plus de démangeaisons. Ce malade a été conservé dans le service de M. Devergie jusqu'au 21 septembre, sans qu'il lui fût fait aucun traitement ; la maladie n'a pas reparu ; le cuir chevelu a repris sa couleur naturelle ; seulement, presque tous les cheveux où siégeaient les godets offraient une petite production épidermique, blanche, à peine sensible, et qui n'a pris aucun accroissement depuis la chute des godets. Plusieurs de ces petites productions épidermiques ont été examinées au microscope, ainsi qu'on l'avait fait antérieurement pour les godets du favus ; elles n'ont offert que les caractères

de l'épiderme et n'ont pas présenté les arborisations que l'on avait trouvées sur les godets, et sur lesquelles M. Grouby et quelques autres micographes ont appelé l'attention.

M. Devergie n'a pas eu, depuis cette époque, l'occasion de traiter d'autres favus. Il emploiera le même moyen chez les premiers malades atteints de cette affection qui se présenteront dans ses salles.

La cautérisation avec la solution caustique d'iode a complétement réussi, entre les mains de M. Emery, chez deux malades encore dans les salles. Le premier présentait le plus bel échantillon de favus que nous ayons jamais vu; c'est un garçon pâtissier, âgé de 16 ans, couché au n° 26 de la salle Saint-Thomas. Ce jeune homme fut pris de la teigne à la tête, il y a trois ans, et aucun moyen n'avait pu l'en débarrasser complétement. Il a subi en province l'opération de la calotte; il était guéri; au bout de trois ans les cheveux repoussent et la teigne revient. Il arrive à Paris, où il est soumis au traitement des frères Mahon, qui ne procure qu'une amélioration passagère. Enfin, il y a six mois, des favus confluents volumineux se développent sur diverses parties du corps; il entre à Saint-Louis le 23 août 1841. Sur l'épaule droite, descendant vers le dos, existe une masse compacte de favus de la grandeur de deux mains; une plaque d'une étendue au moins égale existe sur le flanc gauche; sur l'une et l'autre cuisses, en avant et en arrière, sur les avant-bras, au jarret droit, se voient d'autres agglomérations de godets flavescents, larges comme la main; en outre le cuir chevelu était le siége de godets de même nature, et il ne pouvait exister une occasion plus favorable de vérifier l'action de la cautérisation. M. Emery a choisi à cet effet la solution caustique d'iode. Un pinceau, composé avec des brins de charpie, a été fortement imbibé de ce liquide et porté à plusieurs fois, toujours trempé de nouveau, sur une partie des godets de l'épaule droite, de manière à les imprégner de la solution; il a respecté de place en place quelques-uns des godets. Toutes les parties touchées ont pris immédiatement une couleur jaune foncé. Qu'est-il résulté? C'est que dès le second ou le troisième jour on a pu, par le frottement, faire tomber la matière des godets, et que la peau a été vue immédiatement tout à fait saine dessous; elle présentait seulement une couleur un peu vineuse qui le lendemain avait déjà pâli, de sorte qu'au bout de huit jours la peau, dans ces points, était lisse et avait sa coloration normale. Les godets de favus qui de place en place n'avaient point été touchés avaient conservé tous leurs caractères; ils étaient là comme ces arbres que l'on réserve dans la coupe des forêts. La même méthode a été suivie pour les autres plaques des reins, des cuisses, etc., et l'on a eu exactement, et dans le même temps, un résultat identique. Il est arrivé que ce jeune homme n'a plus eu, au bout de douze ou quinze jours, que quelques godets isolés de favus, un à l'épaule, deux au flanc gauche, un à la cuisse, un au bras. On a touché encore quelques-uns de ces godets, et on les a détruits. Il ne reste aujourd'hui que deux godets de favus, que l'on conserve comme échantillons et par curiosité, un sur l'épaule et l'autre sur la cuisse droite. Il y a aussi deux ou trois autres favus naissants de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, qu'on a circonscrits par un cercle fait avec le nitrate d'argent sur les parties saines, afin de voir s'ils se développeront. Depuis quinze jours ils n'ont fait aucun progrès. L'application du caustique ne donne lieu qu'à un peu de chaleur locale qui ne peut s'appeler de la douleur; cette chaleur disparaît au bout de deux heures.

Un autre jeune malade, traité par M. Emery d'un favus à la tête très-ancien au moyen de la solution caustique d'iode, a été guéri en peu de temps; c'est un enfant de douze à treize ans, couché au n° 25 de la salle Saint-Thomas. Chez lui on a arraché les favus avant d'employer le caustique.

Nous ne tirons pas encore de conséquence de ces faits; nous ne faisons que rapporter ce que nous avons vu. Nos confrères des départements peuvent, en répétant ces essais, nous fournir eux-mêmes quelques données pour établir la valeur de la méthode dont il vient d'être question. Nous accueillerons leurs communications avec plaisir.

(*Ibidem.*)

---

59. *Réflexions tirées de* 206 *observations de ténias;* par le professeur Wawruch.

Dans un espace de 20 ans, le professeur de clinique de Vienne a traité 206 individus affectés de ténias, dont 71 hommes et 135 femmes; le plus âgé, un tisseur en soie, avait 54 ans; le plus jeune était une petite fille de 3 ans et demi. 22 n'avaient pas encore 15 ans, dont six filles non encore menstruées. Le plus grand nombre était entre l'âge de 15 à 40 ans. Les malades appartenant à la classe moyenne, et en grande partie à la classe pauvre, habitaient presque tous, pendant un temps plus ou moins long, des endroits qui longent le Danube, ou des habitations basses et humides; ils exerçaient les professions les plus diverses et suivaient le régime le plus varié; et, chose remarquable, les conditions qui paraisent produire à Vienne le scorbut sont les mêmes pour le ténia.

Les aliments qui paraissent surtout engendrer le ténia sont le mauvais pain, les mets de farine, de lait, de beurre, de fromage, de pommes de terre, la viande de porc et de mouton, et enfin l'eau de mauvaise qualité.

Les maladies qui précédèrent la formation du ténia furent les affections gastriques et cutanées, mais surtout les fièvres gastriques et intermittentes. On a observé 43 fièvres intermittentes, une vingtaine de fièvres gastriques, 16 fièvres typhoïdes, 10 dartres et zonas, 42 gales, 8 scarlatines, 13 rougeoles, 2 urticaires chroniques. Le scorbut, la syphilis, la chlorose et différentes autres maladies, qui ont une action nuisible sur la digestion, ont aussi été notées comme précédant le ténia; mais, en général, il y a peu de malades affectés de ténia qui, dans leur jeunesse, n'aient pas eu de lombrics. Quant à l'hérédité, elle est très-douteuse; M. Wawruch n'a vu que 2 cas; une fois, c'était une mère et sa fille;

une autre fois, un père et son fils, qui avaient le ténia.

L'auteur croit avoir remarqué en général des troubles et des anomalies de la menstruation chez les femmes atteintes de ténia; ainsi 13 n'ont été réglées qu'à l'âge de 17 ans, 9 à l'âge de 18 ans, 7 à l'âge de 19 ans et une seule à l'âge de 20 ans.

La durée de la maladie était de quelques mois, de 10, 12, 15, 20, 25 et une fois même de 35 ans.

Sur les 206 malades, il n'y avait que trois *botriocephalus*, les autres avaient tous le *ténia solium*.

Les symptômes qui dénotent la présence du ténia sont très-variés; l'auteur donne les suivants comme les plus constants :

1° Douleur obtuse dans la région frontale, vertiges, bourdonnements dans les oreilles; chez quelques-uns une certaine idiosyncrasie pour la musique;

2° Yeux troubles, entourés d'un cercle bleu, œdème de la paupière supérieure, pupilles dilatées, spasmes fréquents involontaires des yeux, différentes aberrations de la vue, telles qu'amblyopie, diplopie, mouches volantes, flocons. Un des malades se plaignit d'une cécité périodique pendant la journée.

3° Changements fréquents de la couleur de la face, lèvres plombées, trait particulier autour de la bouche et du nez; l'aspect d'une cachexie générale est moins constant, car souvent les malades gardent longtemps un extérieur florissant; beaucoup disent être devenus plus maigres.

4° Anorexie alternant avec un appétit tellement vorace que les malades tombent en défaillance s'ils ne trouvent pas assez vite de quoi manger; envies pour certains mets, tels que carottes, lait, vin, café noir, pain, etc.

5° Haleine fétide, goût de terre glaise, langue chargée, salivation, vomituritions, et même vomissements d'un liquide clair comme de l'eau dans la matinée.

6° Prurit dans le nez, dans l'anus, dans le vagin chez les femmes, grincements de dents, surtout pendant le sommeil, serrement du cou par accumulation d'un liquide clair dans la bouche, chaleur fugace, malaise, battements de cœur. Le sentiment d'une main fraîche qui presserait le cœur (symptôme regardé comme pathognomonique par Reinlein) n'a jamais été noté.

7° Ventre tuméfié, gargouillements, sentiment de succion, de serrement et de picotement autour de l'ombilic, et de mouvements onduleux d'un corps étranger dans les intestins, surtout dans la matinée; cessation de ces symptômes après l'ingestion de mets farineux, de pain chaud, de café au lait; souvent diarrhée, alternant avec des constipations.

8° Lorsque la maladie a duré longtemps et lorsque les individus sont irritables, on voit survenir une foule de symptômes nerveux, tels que mélancolie, lipothymie, aberrations des sens, sommeil agité, songes effrayants, convulsions partielles et générales, danse de St.-Guy, épilepsie, aphonie et absence de la parole.

9° Le symptôme pathognomonique le plus sûr est la sortie d'un ou de plusieurs morceaux de ténia, ce qui arrive soit spontanement, soit à la suite de quelques maladies graves, par exemple, de scarlatine, de fièvre typhoïde, d'inflammation du poumon, ou à la suite de l'usage de certains mets, tels que l'ail, raifort, concombre, etc., ou enfin à la suite de médicaments anthelmentiques. Les morceaux de ténia partent à une époque indéterminée, ou, ce qui arrive le plus souvent, à une période déterminée, et ordinairement pendant la lune décroissante ou pendant la nouvelle lune, et alors il y a aussi une exacerbation des autres symptômes indiqués.

Tantôt des articulations du ver partent seules, tantôt avec des selles; ordinairement elles sont vivantes et gardent d'autant plus longtemps des traces de vie qu'elles sont plus grandes.

Traitement. — Sauf quelques légères modifications, tous les 206 malades ont été traités de la même manière; mais on n'a jamais entrepris la cure lorsqu'il existait une cachexie très-prononcée, une inflammation chronique, des hémoroïdes, une grossesse, etc., et jamais à la fin des six premiers jours qui suivirent la menstruation. On n'a commencé le traitement que chez des malades qui venaient de rendre des morceaux de ténia, et encore faillait-il que celui-ci fût arrivé à un certain degré de maturité, car le ténia part d'autant plus facilement qu'il est plus vieux, en partie ratatiné ou entré en putréfaction.

Dans 6 cas, où pendant le traitement on fit partir un lombric avec des morceaux de ténia, toutes tentatives ultérieures pour chasser ce dernier restèrent sans effet. Pour ne pas compromettre le traitement du ténia, il faut que les malades n'aient pas pris pendant un temps assez long des drastiques, surtout l'huile de Bremser; car, dans le cas contraire, on voit survenir des symptômes violents, tels que des vomissements, des douleurs de bas-ventre, des dysuries et des hémorrhagies, et le ver, habitué aux drastiques, ne partira pas.

M. Wawruch, en s'appuant sur l'expérience, recommande avec Keinlein, Rosenstein, Gruner, Pallas, Mathieu, etc., d'entreprendre la cure pendant la lune décroissante ou la nouvelle lune; il croit en outre que le traitement réussit mieux avec une température chaude et sèche et une constitution médicale inflammatoire que par une température pluvieuse et froide, et lorsqu'il existe des fièvres gastriques, intermittentes et des maladies débilitantes. Avant de commencer le traitement proprement dit, il est indispensable de bien préparer les malades; à cet effet, M. Wawruch leur prescrit une décoction relâchante avec du sel ammoniac, et, pendant trois, quatre et même cinq jours, il ne leur donne que trois soupes claires dans les 24 heures. Dans huit cas, cette diète sévère a suffi pour chasser le ver. La vielle du traitement, il fait donner au malade une soupe *grasse non salée*, puis un lavement qui est répété le lendemain, en ayant la précaution de ne pas le donner immédiatement après la soupe ou les anthelmenthiques; ceux-ci consistent dans l'huile de ricin, 2 onces, dont le malade prendra par dose de 1 à 2 cuillerées à bouche seule ou dans un peu de bouillon et alternera avec 1, 2 et souvent 3 doses de poudre de racine de fougère, chacune d'un demi à 1 et même à 2 gros. Pour attirer le ver vers les gros intestins, on donnera alternativement avec l'huile et la pou-

dre de fougère des lavements d'huile et de lait. Le succès était toujours plus sûr lorsqu'on ne donnait pas, immédiatement après la poudre de fougère, le drastique qui est composé de calomel, de gomme gutte et de sucre, le plus souvent à parties égales de 2 à 8 grains par dose; fréquemment une seule chassait déjà le ver, mais il en fallait donner 3 à 6. Dans quelques cas où de fortes doses du drastique ne produisaient pas de selles, il suffisait de donner quelques onces d'eau laxative de sulfate de potasse.

La sortie du ténia se fit à des périodes bien différentes; ainsi que nous l'avons vu plus haut, dans 8 cas il partit par l'effet seul de la diète, 13 fois par les anthelmentiques, 11 fois après la première dose du drastique, 14 fois après la seconde, 15 fois après la troisième et ordinairement entre la première et la douzième heure, après le dernier drastique; dans quelques cas, le deuxième, troisième et même quatrième jour et même une fois le douzième jour. Cette différence dépendrait, d'après l'auteur, tantôt de la diète qui na pas été bien observée, tantôt des phases de la pleine lune, mais le plus communément des complications avec des lombrics.

Lorsque le ténia *sort en pelote* en une seule fois par une selle et à l'insu du malade, ce qui arrive ordinairement, il n'est pas possible de faire partir plus tard une seule articulation du ver par aucun drastique. Dans deux cas, on l'a vu filer lentement hors de l'anus. Lorsque le ténia est jeune, peu formé, les morceaux qui se détachent restent longtemps vivants et ne sont jamais plus longs que 2 à 3 aunes. Dans 3 cas où il existait des lombrics, ceux-ci sont partis, mais non le ténia. Chez 9 malades deux ténias ont été rendus, ches 2 autres trois et même chez un autre quatre.

Quelques vers paraissaient tout à fait colorés en jaune par le drastique. Chez ceux des malades qui ont pris la fougère, le ténia en entier et même des articulations isolées ont été trouvés déchirés en petits morceaux.

Le traitement consécutif consistait dans l'emploi des émolliens pour diminuer l'irritation produite par les drastiques; 24 heures après la sortie du ténia, les malades se trouvaient assez bien pour quitter l'hôpital.

Sur les 206 malades, 20 revinrent deux fois, 3 trois fois et 1 quatre fois, à la clinique pour une reproduction du ver qui a eu lieu au bout de 2, 4, 9 mois et même 2 ans.

Le résultat du traitement employé à la clinique de Wurtzbourg paraît très-favorable : sur 206 malades, 151 ont été guéris; mais chez 17 on ne fit aucun traitement, chez 19 il fallut le supprimer subitement, chez 13 il fut entrepris pendant la pleine lune, et chez 6 il existait des lombrics.

Les malades guéris du ténia ont vu disparaître d'autres affections, telles que l'aménorrhée, l'épilepsie, la danse de Saint-Guy, l'hémiplégie, la gale, la chlorose, la fièvre intermittente, l'aurticaire ou le zona dont ils étaient affectés. Le botricéphale ne fut trouvé que sur trois malades qui étaient des étrangers.

(*Œsterr. med. Jahrbucher*).

60. *De l'emploi du gui de chêne dans le traitement de certaines toux convulsives.*

Le gui de chêne est un de ces médicaments fort recommandés par les anciens traités de matière médicale, et dont les nouveaux traités ne disent pas grand'chose, ou dédaignent même de parler. C'est un tort de laisser tomber dans l'oubli un médicament qui jouit de vertus thérapeutiques précieuses, d'après des observations fort authentiques, et qu'on peut utiliser chaque jour avec fruit contre des maladies rebelles à tout autre moyen curatif. La proscription qui a frappé le gui de chêne n'est pas méritée comme celle qui a atteint une foule de substances inertes, telles que les pierres précieuses, l'album græcum, le bol d'Arménie, le sang dragon, les yeux d'écrevisses, etc., elle est la suite de la négligence des praticiens à en faire usage, ou de la maladresse de ceux qui y ont recours sans savoir toutefois l'employer à propos. Une expérience éclairée ne permet pas de laisser tomber dans l'oubli les bienfaits de cette plante parasite, et elle met sur la voie des circonstances où elle rend d'éminents services. Disons d'abord quelques mots des caractères de cette plante, nous citerons ensuite quelques-unes des nombreuses observations dans lesquelles on l'a vue réussir merveilleusement, quand une foule d'autres moyens thérapeutiques, doués certainement d'une activité puissante et même héroïque, avaient aggravé la maladie ou n'avaient rien fait du tout.

Le gui est une plante susceptible de germer sur tous les corps possibles, pourvu qu'il soit à l'ombre et dans un endroit humide. Elle se fixe fréquemment sur certains arbres, et avec une facilité prodigieuse sur les pommiers, les poiriers, les peupliers, les tilleuls et les noyers. On la rencontre plus rarement sur d'autres arbres, comme les châtaigniers, les noisetiers, les sapins, et peut-être plus rarement encore sur le chêne. Aussi est-il très-rare de trouver précisément du gui de chêne, quoique la plante en question ne soit guère connue que sous ce nom. Heureusement, tous les guis paraissent doués des mêmes propriétés, ce qui la rend alors passablement commune. Les guis fleurissent au mois de mai et produisent des baies qui sont mûres en automne. Les différentes parties de la plante, fraîche ou sèche, offrent peu d'odeur et possèdent une saveur amère, astringente, un peu visqueuse. Les principes actifs s'accumulent particulièrement dans l'écorce; cependant, pour l'usage ordinaire, on se sert de la plante entière. On la récolte à la fin de l'automne ou en hiver; on la pulvérise en totalité, même les baies; on la fait sécher soigneusement, et on en conserve la poudre dans un endroit bien sec, renfermée dans un vase hermétiquement clos. Le gui ainsi obtenu s'administre spécialement dans les affections convulsives; non dans les affections de ce genre qui dépendent d'une lésion organique, mais dans celles qui sont essentielles et paraissent tenir à un désordre de faculté sensitives et motrices; en un mot, dans les affections convulsives idiopathiques ou essentielles : c'est à ce titre qu'il a guéri l'épilepsie et la danse de Saint-Guy sur des enfants; c'est encore au même titre qu'il fait

merveille dans certaines toux. Nous laissons de côté son action thérapeutique contre les nevroses de tout genre, et nous allons la suivre, les faits à la main, exclusivement dans ses effets contre les toux convulsives.

Les toux convulsives se présentent assez communément dans la pratique. Une multitude de causes les sollicitent et les entretiennent chez les personnes de l'un et de l'autre sexe faibles et irritables. Le caractère essentiel de ces toux, c'est de ne tenir à aucun vice organique de l'appareil respiratoire ou des appareils en commerce avec lui, et de provenir purement et simplement d'une dépravation de la sensibilité et de la motilité localisée sur les organes respiratoires. Pour n'être pas le résultat d'une lésion organique, ces sortes de toux n'en sont pas moins bien souvent excessivement violentes et fort dangereuses. Il y a plus, aucune espèce de toux ne se montre peut-être plus intense que celle-ci. Quant à ses dangers, ils sont relatifs aux dispositions des sujets, aux graves lésions de la poitrine ou à son action mécanique sur les organes de l'encéphale ou du centre circulatoire, par suite des violentes secousses qu'elle produit. Citons quelques observations de cette sorte de toux où le gui a parfaitement réussi, ce sera le meilleur moyen de faire ressortir à la fois et les caractères de la toux dont il s'agit et le mode d'action curative du gui.

Obs. I. — Une femme de chambre, âgée de 16 ans, robuste, bien réglée et qui n'avait jamais éprouvé que quelques symptômes d'affection catarrhale, fut prise tout à coup, le 21 janvier au matin, d'une toux cruelle, sonore et tellement continue, qu'il lui était de toute impossibilité, soit de parler, soit d'avaler; la boisson parvenait à peine dans la bouche qu'aussitôt elle était rejetée : de plus, la respiration était anhéleuse, brève, anxieuse, suffocante, et la malade accusait une douleur de poitrine. Le pouls était fréquent et presque imperceptible, la chaleur de la peau, normale. On essaya sans succès la saignée générale, les sangsues sur la poitrine, l'emploi de la jusquiame, de l'opium et du calomel. Le jour de son entrée à l'hôpital, on lui prescrivit immédiatement une émulsion préparée avec les semences de jusquiame, un vésicatoire entre les épaules et un bain de pieds. La nuit suivante fut accompagnée d'un sommeil tranquille. Le deuxième jour, la toux avait disparu entièrement; le pouls et la respiration étaient revenus à l'état normal; mais le troisième jour, vers le soir, survint un nouvel accès semblable au premier, avec cette différence néanmoins que la toux dicrote, ou qui se faisait en deux temps dans celui-ci, offrait trois temps dans ce dernier, absolument comme si une exploision d'air hors de la poitrine se fût opérée par un triple effort. De plus, la tête était le siége d'une violente douleur. On continua l'usage de la jusquiame, des bains de pieds, et on prescrivit en outre un tonique diaphorétique. Pendant la nuit il survint de la sueur; la malade dormit et se trouva bien le lendemain matin, ce qui la détermina à demander sa sortie; mais à peine était-elle de retour chez elle, qu'un troisième accès se reproduisit. Différents médicaments, soit anthelmintiques, soit antispasmodiques, furent administrés sans succès. Ce fut alors seulement qu'un vieux praticien, appelé en consultation, se rappela avoir rencontré, il y avait quarante ans, un cas semblable. Il raconta qu'il donnait des soins à la malade depuis trois mois consécutifs sans aucune amélioration dans son état, lorsque, d'après l'exemple d'un célèbre médecin italien qui avait guéri plusieurs toux rebelles à l'aide du gui de chêne, il le fit prendre à ce sujet, ce qui guérit immédiatement la toux. Le même remède fut administré à la malade actuelle, et, en effet, aussitôt après son usage, la toux disparut de la même manière pour ne plus revenir.

L'exemple que nous venons de rapporter est un des cas les plus remarquables de toux convulsive qui puisse être cité dans l'histoire. Le sujet qui était atteint de cette toux n'avait jamais éprouvé d'autre maladie; il était d'ailleurs robuste, jeune et doué jusque-là d'une excellente santé : toutes ces circonstances devaient suggérer de prime abord l'idée d'un état inflammatoire. La toux, vraiment effrayante, semblait décéler aussi une atteinte terrible portée sur les organes pulmonaires, si ce n'est qu'elle avait éclaté sans préliminaires, et que la chaleur de la peau était restée à l'état normal; aussi procéda-t-on dans un cas pareil comme on a coutume de procéder dans les affections aiguës de la poitrine, c'est à-dire qu'on recourut immédiatement à la saignée générale, aux applications locales de sangsues, et puis, afin de reprimer la douleur pectorale et de résoudre la concentration violente des mouvements sur la poitrine, aux opiatiques, tels que la jusquiame et l'opium, aux topiques épispastiques et aux bains révulsifs. Mais on a vu qu'aucun de ces moyens, non plus que de leur combinaison, ne réussit, et qu'après une rémission d'une nuit et un jour, la maladie reparut sous la forme d'un accès de fièvre intermittente larvée, se terminant à la manière de la plupart de ces accès. Toutefois, l'accès en question se renouvela après une nouvelle rémission plus courte de moitié que celle qui avait suivi le premier accès. L'apparence périodique de la toux aurait dû peut-être faire songer à recourir à l'antipériodique par excellence, c'est-à-dire au quinquina. Cependant, il est fort douteux qu'il eût été suivi de succès; dans tous les cas, il n'aurait certainement pas opéré avec la même promptitude, ni même avec la même perfection que le gui. En effet, dès l'administration du gui, tout cet appareil effrayant de symptômes s'évanouit comme si le gui en était réellement le souverain spécifique. Voici encore un autre fait.

Obs. II. — Une cuisinière, âgée de vingt ans, et histérique, à la suite d'une course par un temps froid et humide, le 14 octobre, entre tout en sueur dans sa chambre, mais aussitôt tombe à terre sans connaissance; les assistants lui jettent de l'eau froide et la font revenir par ce moyen; mais presque aussitôt se manifeste une fièvre catarrhale. Le troisième jour de cette affection on pratique une saignée générale, ce qui calme un peu sa fièvre; néanmoins la toux devient excessivement violente et tout à fait semblable à celle de l'observation précédente. Le cinquième jour la malade entra à la clinique, où on lui ordonna une émulsion de jusquiame, un bain de pieds et un lavement; elle peut reposer une heure ou deux la nuit suivante. Mais vers le matin la toux

devient plus cruelle que jamais; la parole est entrecoupée, et lorsque la malade essaie de faire une inspiration, la toux se trouve portée à son comble et détermine une espèce d'éternument ; ce n'est qu'avec peine qu'elle peut saisir un instant d'intermittence pour avaler ; mais aussitôt la déglutition opérée, il survient du mieux, et la toux s'apaise pour un instant. Du reste, point de fièvre, le pouls normal, le decubitus possible sur l'un et l'autre côté. Cependant une douleur vive, partant de l'épigastre pour atteindre la gorge en suivant la ligne médiane du sternum, se fait encore sentir; le front est également douloureux. Dès lors on eut recours aux médicaments, à la poudre du gui de chêne, administrée à la dose d'un gramme et vingt centigrammes toutes les deux heures, et à la décoction de la même substance. Ces moyens furent suivis d'un si heureux succès que la toux disparut aussitôt comme par enchantement, et que les autres souffrances furent également guéries, de manière à permettre à la malade de sortir de l'hôpital au bout de sept jours en parfaite santé.

Cette seconde observation diffère à quelques égards de la précédente; ici on aperçoit la cause provocatrice de la toux, à laquelle l'habitude hystérique de cette malade la prédisposait, comme elle la prédisposait à toutes les affections nerveuses. La cause excitante, c'est d'une part une course excessive qui avait fatigué l'appareil respiratoire au point de lui faire perdre haleine et de la faire tomber sans connaissance, de l'autre les aspersions d'eau froide qu'elle supporta, le corps en sueur, dans les efforts qui furent faits pour la rappeler à la connaissance. Un autre trait distinctif consiste en ce que, dans l'observation actuelle, la toux convulsive ne revenait pas par accès réguliers, capables de simuler une fièvre intermittente larvée; il est bon néanmoins de noter, parce que c'est un des caractère de presque toutes les affections nerveuses, que la toux de ce sujet éprouvait pourtant des alternatives d'exaspérations et de rémissions ; enfin, chez cette malade, la fièvre ne persista pas plus de trois jours, après quoi le pouls devint calme comme dans l'état de santé, quoique la toux continuât à sévir avec plus d'intensité que jamais. Du reste, les phénomènes de cette toux étaient en tout semblables à ceux de la toux du précédent sujet. Elle s'exécutait par saccades, était très-violente, menaçait de suffocation, s'accompagnait d'une douleur pectorale, qu'on aurait pu prendre pour celle d'une lésion grave des poumons ou des bronches. Toutefois, d'autres caractères devaient détourner de la pensée d'une lésion semblable, sans parler de l'absence de la fièvre, compagne inséparable des lésions de la poitrine, élevées à ce degré ; ce sujet se couchait librement des deux côtés. L'auscultation de la poitrine, qu'on n'a pas pratiquée, aurait achevé de confirmer l'opinion qu'au milieu de ce désordre de la fonction respiratoire, les organes essentiels de la poitrine étaient restés intacts.

Le traitement fut conduit, dans les circonstances de cette maladie, avec une habileté qu'on ne saurait trop conseiller d'imiter. Tant que la fièvre, de nature évidemment catarrhale, persiste, la saignée est indiquée surtout, et c'est ici le cas, lorsque le malade est jeune et fort. La saignée, si bien appliquée, opéra avec tout l'avantage possible ; elle éteignit la fièvre et fraya la voie à l'administration des émollients anodins et des révulsifs. Ces derniers moyens ne firent que calmer momentanément la maladie, et peut-être aurait-on bien fait de s'en passer, ce qui aurait abrégé la souffrance. Quoi qu'il en soit, la poudre de gui intervint à son tour pour enlever instantanément tous les symptômes et rendre le sujet à la santé. On voit clairement, d'après les deux faits qui précèdent, quels sont les caractères de la toux qui réclament l'emploi du gui de chêne, de quels moyens il convient de faire précéder son usage, et comment il est nécessaire de le faire prendre.

Il est évident, en effet, que le gui ne s'applique à propos que dans les cas où la toux est purement nerveuse, c'est-à-dire qu'elle n'est pas produite par une lésion essentielle des organes respiratoires, ce qui peut se reconnaître en se rappelant que le sujet ne portait pas jadis le principe d'une lésion de ce genre, que sa toux est survenue tout d'un coup, qu'elle a pour caractère de secouer les organes pectoraux d'une manière convulsive, de revenir par accès, de persévérer sans fièvre ou avec très-peu de fièvre, de permettre le décubitus sur les deux côtés, d'exister enfin sans le signe physique ordinaire des lésions matérielles des poumons et des plèvres. Néanmoins, malgré le soupçon, ou même malgré la certitude de l'état purement nerveux de la toux actuelle, il est convenable, s'il y a fièvre, de commencer le traitement par une saignée générale, et de la faire suivre, si la douleur de la poitrine ou l'oppression sont considérables, principalement quand le sujet est jeune, sanguin et robuste, d'une application de sangsues *loco dolenti*, de quelques émulsions et de bains de pieds. C'est en général après ces moyens préliminaires que l'usage du gui réussit à souhait. Il nous reste maintenant à indiquer les préparations à faire subir à cette substance, et les doses les plus convenables auxquelles on doit la prescrire.

Nous avons déjà dit que tous les guis paraissent jouir au même degré des mêmes vertus thérapeutiques ; nous avons cité de préférence le gui de chêne d'abord et puis les guis des pommiers, des poiriers, des tilleuls et des noyers. On les conserve, pour l'usage, dans les officines, sous la forme de poudre, qu'on s'est procurée en pulvérisant la plante entière, même le bois, comme nous l'avons dit; cette poudre est légèrement amère, mucilagineuse et astringente. On peut en faire des extraits. On la donnera soit en substance soit en décoction. La poudre s'administre à la dose de quatre à huit grammes, deux ou trois fois par jour, dans un demi-verre d'eau de fontaine ou d'un véhicule quelconque ; la décoction s'obtient avec soixante grammes de gui desséché pour deux litres d'eau de fontaine qu'on fait réduire à un litre et demi; en la fait prendre généralement et concurremment avec la poudre ou avec l'extrait, en guise de tisane. L'extrait enfin se donne à la dose de quatre à six grammes dans la journée. Les formules suivantes serviront de modèles pour l'administration de l'extrait : Extrait de gui de chêne, *quatre grammes ;* sirop simple,

trente grammes ; eau distillée de tilleul, *cent quatre-vingts grammes ;* à prendre par cuillerées à bouche ; pour l'administration de la poudre, on pourra se conformer à la formule suivante : gui de chêne en poudre, *seize grammes ;* mucilage de gomme arabique, *trente grammes ;* sucre blanc, *quinze grammes ;* faites huit bols à prendre de deux en deux heures.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, octobre.)

---

61. *Des bons effets de la solution saturée d'alun portée sur l'urètre dans les cas d'impuissance ;* par M. le docteur Loir aîné, ancien interne de l'Hôtel-Dieu.

L'impuissance qui ne dépend pas d'une lésion organique est rapportée généralement à une influence morale ou nerveuse qui paralyse, en quelque sorte, les organes génitaux, et vers laquelle sont dirigés les moyens thérapeutiques usités. Il est des cas, bien plus fréquents qu'on ne le pense, dans lesquels elle dépend tout simplement d'un état local particulier des organes génito-urinaires.

Quelques faits, dont les uns vont être publiés par M. le docteur Béniqué, et dont les autres me sont personnels, m'ont démontré les bons effets que l'on peut obtenir de l'emploi des moyens tout à fait locaux, et me disposent à croire que, même dans les cas d'impuissance, tenant à une influence purement morale, il suffirait d'agir sur la portion prostatique de l'urètre pour la dissiper.

La cautérisation avec le nitrate d'argent a été préconisée, mais elle est souvent insuffisante, et peut, si elle est trop prolongée, donner lieu à des accidents. L'alun porté en cylindre ou en poudre, est susceptible de donner de bons résultats, mais son action, comme celle du nitrate d'argent, est trop instantanée et incomplète.

Pour peu qu'on réfléchisse à la différence des effets que l'on obtient, dans les maladies de la conjonctive, qui, cependant, est placée superficiellement et accessible à la vue, de l'emploi, d'un côté, du nitrate d'argent, de l'alun, du sulfate de cuivre à l'état solide ; de l'autre, de la solution de ces mêmes substances, on conçoit facilement que l'emploi des solutions d'alun, de nitrate d'argent dans certaines affections de l'urètre et des conduits éjaculateurs, puisse offrir de grands avantages. On aurait, sans doute, depuis longtemps usé de ces moyens, si l'on avait eu à sa disposition une manière d'en faire usage sûre, et mettant à l'abri de l'injection, inutile et même dangereuse, de liquides médicamenteux dans la vessie.

Le moyen que nous avons employé pour soumettre la portion prostatique de l'urètre à l'action d'alun, bien que très-imparfait, a néanmoins l'avantage d'appeler l'attention sur ce sujet ; et l'observation suivante semble devoir établir la possibilité de porter sans inconvénients et avec assurance des médicaments liquides sur quelque point que ce soit de l'urètre, et même de l'œsophage.

M. ***, âgé de trente huit ans, célibataire, est gros, gras et bien portant ; il a toujours joui d'une bonne santé. Pour toute affection vénérienne, il a eu, il y a quatre ans, un écoulement, qu'il a abandonné à lui même, et qui, après trois mois de durée, a cessé spontanément, sans laisser de traces. Avant, comme après cet accident, l'excrétion de l'urine n'a rien présenté de remarquable, ni diminution dans le jet, ni sensation douloureuse ; le méat urinaire a toujours été sec, sans suintement.

Depuis, M.*** a vécu maritalement, pendant deux années, avec une femme qu'il aimait, et il n'était presque pas de jour où il n'exerçât le coït, et cela sans inconvénients. Il resta ensuite six mois environ dans un état de continence complète. Ce fut à compter de cette époque qu'il commença à observer un trouble dans les fonctions éjaculatrices. L'éjaculation était si prompte et si facile qu'elle avait lieu avant l'accouplement, et quoique l'érection fût incomplète. A ces éjaculations prématurés succéda une absence complète d'érection et d'éjaculations. Le malade conservait des désirs vénériens, mais il ne pouvait les satisfaire, l'érection n'avait plus lieu.

Dans les premiers jours d'avril 1841, il vint me consulter ; il n'avait point eu d'érection ni d'éjaculation depuis plus d'une année. Je trouvai le pénis petit, atrophié, et comme rentré sur lui-même, pâle, froid, et presque insensible. L'excrétion de l'urine était libre, prompte, le méat urinaire sec et sans rougeur, les testicules flasques, petits, sans distension spermatique. Le malade me déclara d'une manière positive qu'il n'avait jamais eu l'habitude de l'onanisme. J'explorai l'urètre avec la sonde d'argent ; je le trouvai tout à fait libre. Je dirigeai mes questions pour savoir s'il n'existait pas de pertes séminales ; rien ne me l'indiqua ; j'engageai le malade à observer ses urines, ce qu'il fit sans rien apprendre.

Le 15 avril j'entrepris de soumettre ce malade à l'action de la solution d'alun saturée, portée directement sur la portion prostatique de l'urètre, en prenant toutefois les précautions convenables pour l'empêcher d'arriver jusque dans la vessie. Pour cela, j'employai une algalie d'argent à robinet, garnie, près de son extrémité, d'une chemise de peau de baudruche, disposée de façon que l'on pût la distendre à l'aide d'une injection poussée par la cavité de la sonde. Je laissai d'abord la sonde séjourner dans la dissolution d'alun, de manière à imbiber la peau de baudruche et à la rendre tout à fait souple. Je l'introduisis ensuite dans l'urètre avec ménagement, puis je poussai ma dissolution d'alun saturée et sucrée (on a remarqué que le sucre favorisait la transsudation de la solution d'alun à travers la baudruche, c'est-à dire l'endosmose) ; je pus facilement reconnaître, à la sensation éprouvée par le malade, que la baudruche était suffisamment distendue. Je laissai l'injection cinq minutes, puis je la laissai s'échapper ; je fis de la même manière deux autres injections dans la même séance. Le malade n'accusa aucune douleur autre qu'un sentiment de distention du canal.

Le 16, légère chaleur et douleur en urinant, puis disparition de ces phénomènes après quelques jours.

Le 23, nouveau cathétérisme. Quatre injections d'alun faites successivement et de la même manière que les précédentes.

Le 30, troisième séance, trois injections.

Huit jours après cette dernière séance, l'état de notre malade a déjà bien changé. La verge a repris plus de volume; elle est revenue à son état naturel. Le malade se sent plus puissant; il éprouve des désirs vénériens suivis d'érection et peut librement exercer la fonction génératrice; il y eut éjaculation naturelle, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus d'une année.

Une seconde fois, trois jours après, sa tentative fut vaine, l'érection ne se manifesta qu'à moitié. Un pareil résultat incomplet se montra diverses fois; cependant le pénis avait repris son volume; il n'était plus froid et pâle, il offrait évidemment plus de vitalité.

M.*** avait négligé de suivre mon traitement avec la persévérance nécessaire; rebuté peut-être par la légère douleur du cathétérisme avec la sonde un peu grossière que j'employais, il n'était plus revenu auprès de moi. Un mois s'était écoulé pendant lequel M.*** n'avait rien fait; dans cet intervalle, il avait bien eu quelquefois des érections incomplètes, mais sans possibilité d'éjaculation. A cette époque il eut l'idée, par le conseil d'un ami, de boire soir et matin une tisane de salsepareille. Il y avait huit jours qu'il en faisait usage, lorsqu'il eut la satisfaction de voir ses érections revenir avec la faculté d'éjaculer. Encouragé, il en continua l'emploi, et aujourd'hui, 26 août, M.*** possède toutes ses facultés génératrices; il est gai et bien portant. Il reconnaît qu'il doit aux injections d'alun et aux cathétérismes la première amélioration qu'il a éprouvée. Il ne sait plus ensuite si la consolidation de sa guérison doit être rapportée complétement aux injections, ou bien à la salsepareille, dont il a fait et fait encore usage.

(*Ibidem.*)

---

62. *De l'emploi de l'opium pour arrêter le développement des inflammations internes aiguës;* par le docteur CHRISTISON.

L'opium peut être employé, soit seul, ou combiné avec l'ipécacuanha ou la saignée générale, soit seul, mais à une époque avancée de la maladie, ou avec le calomel et le tartre émétique; mais, dans ces deux dernières méthodes, les bons effets qu'on en obtient dépendent probablement moins de l'opium que du médicament avec lequel il est associé, et elles ont pour effet plutôt de diminuer graduellement la maladie que de l'arrêter tout à coup et complétement, de la juguler, comme cela arrive dans les autres méthodes lorsqu'elles sont employées d'une manière convenable et qu'elles produisent leur effet thérapeutique.

Les inflammations internes dans lesquelles cette action de l'opium est la plus manifeste, sont celles des membranes muqueuses, et surtout le coryza, le catarrhe, la grippe et la dyssenterie. Voici quelle est la manière dont M. Christison emploie l'opium dans ces quatre affections.

Le coryza, à qui tant de personnes laissent parcourir sa marche sans l'arrêter, cède le plus souvent au procédé suivant, employé dès le début. On doit, après avoir peu mangé à dîner, s'abstenir de boisson, et prendre, au moment de se mettre au lit, une forte dose de muriate de morphine ou de solution de Battlay, et prendre soin de déjeûner le lendemain matin avant de se lever. A partir de ce moment, le fluide sécrété par la muqueuse nasale est devenu plus épais, et la maladie, ou est entièrement guérie, ou au moins n'est plus une source continuelle d'incommodités.

Le catarrhe non fébrile peut être coupé avec la même facilité et par le même moyen employé dès le premier, le deuxième, peut-être même le troisième jour, ou plutôt il paraît passer immédiatement à la période caractérisée par l'expectoration muqueuse. Le catarrhe fébrile peut être aussi arrêté subitement de la même manière, quand il est attaqué dès le premier et quelquefois le second jour. La grippe, traitée dans les mêmes conditions, cède fréquemment aussi, mais avec cette différence pourtant que, bien que les symptômes locaux disparaissent, l'étrange lassitude, l'anxiété et l'ennui qui caractérisent cette affection continuent pendant plusieurs jours que dure la convalescence.

L'opium, combiné avec l'ipécacuanha (poudre de Dover), peut être employé avec beaucoup d'avantage contre l'angine, le catarrhe et le rhumatisme aigu, comme sudorifique, anodin et sédatif. L'un des effets les plus remarquable de ce traitement dans l'angine, est, d'après le professeur Christison, de rompre l'habitude par laquelle cette affection se reproduit si fréquemment chez le même sujet. L'auteur ne pense pas que la poudre de Dover puisse seule, et au début d'une attaque de rhumatisme, la couper, mais attribue une grande activité à cette préparation, lorsqu'elle est employée à la suite d'une forte saignée et portée jusqu'à ce que la syncope soit imminente. Au bout de trente-six ou de quarante-huit heures d'une transpiration abondante produite par ce traitement, le pouls tombe ordinairement à sa fréquence normale, de double qu'elle était avant; l'enduit saburral de la langue diminue; les douleurs sont remplacées par un engourdissement et un état de faiblesse, et, au bout de huit jours, le malade peut quitter son lit. Voici quelles sont les conditions de succès pour cette médication : les intestins, après avoir été évacués au début, s'il était nécessaire, ne doivent être l'objet d'aucune médication tant que dure la transpiration; il faut que la saignée ait été forte et jusqu'à la syncope; que la poudre soit administrée immediatement après et avant que la circulation ait repris son état d'excitation, ce qui, sans cela, arriverait très-promptement; que le traitement soit commencé avant la fin du quatrième jour, et plus tôt, s'il est possible; que le rhumatisme soit réellement à l'état aigu et non sub-aigu, ou rhumatisme goutteux.

L'opium est encore employé avec succès dans le traitement des phlegmasies internes, mais à la suite de la saignée portée jusqu'à près de la syncope. Aussitôt après cette dernière, on donne une forte

dose d'opium pour amener le sommeil ou calmer les rêveries, qui prennent sa place chez quelques malades. Le résultat de ce traitement, c'est que quand le malade se réveille, la fièvre et les symptômes locaux ont disparu, quelquefois complétement, d'autres fois après seulement la répétition de la même opération, au bout de douze ou de vingt-quatre heures. Les conditions de succès pour cette opération sont les mêmes que celles pour la poudre de Dover. Quant aux préparations opiacées, M. Christison préfère le muriate de morphine, qu'il remplace, s'il n'en obtient pas ce qu'il désire, par les gouttes de Battlay, donnait le premier à la dose de 40 gouttes pour un adulte, et la seconde à celle de 25 ou de 30. Plusieurs observations rapportées à l'appui de ces assertions donnent au travail du professeur Christison un intérêt pratique que nous regrettons de ne pouvoir reproduire.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 41.)

---

63. *Deux observations de chorée ou danse de Saint-Guy, recueillies* par J.-J. Deville. (Imprimé par décision de la Société de médecine de Paris.)

Quoique la chorée ou danse de Saint-Guy ne soit pas une maladie rare, ayant été à même, dans un espace de temps assez rapproché, d'en observer deux cas bien caractérisés, j'ai pensé que leur communication pouvait présenter d'autant plus d'intérêt que le traitement auquel fut soumise la jeune fille qui fait le sujet de la première observation, traitement tardif, employé après beaucoup de tâtonnements, mais enfin couronné d'un plein succès, m'a conduit chez une autre malade à obtenir tout d'abord les heureux résultats auxquels je n'étais arrivé une première fois qu'après plusieurs essais infructueux.

Mademoiselle Thérèse Maréchal, âgée de onze ans, demeurant quai Bourbon, 39, dans l'île Saint-Louis, fut admise, le 6 juin 1837, au sixième dispensaire de la Société philanthropique, et confiée à mes soins. La situation de cette jeune fille était des plus pénibles et digne du plus vif intérêt. Dès son enfance, me dirent ses parents, elle avait éprouvé plusieurs affections graves, qui toutes se compliquaient d'une excitation nerveuse portée au plus haut degré; à six ans elle commença à parler pendant la nuit, puis elle se leva, marcha, ouvrit les portes et les fenêtres, et il fut dès lors facile de s'apercevoir qu'elle était atteinte de somnambulisme; cet état dura pendant plusieurs années, pendant lesquelles, au dire de la mère de mademoiselle Maréchal, il se manifesta des phénomènes fort curieux, fort extraordinaires; phénomènes que je crois devoir passer sous silence, et qui s'expliquent, du reste, par ce que l'on sait du somnambulisme en général.

Au mois de décembre 1836, cette jeune fille fut prise tout à coup d'une toux violente, accompagnée de fièvre et des divers symptômes qui caractérisent une affection catarrhale des bronches; mais ce que cette maladie, en apparence grave, présenta surtout de particulier, c'est qu'elle fit disparaître sans retour les accès de somnambulisme. Peu à peu et à l'aide d'un traitement convenablement appliqué, la toux diminua, la fièvre cessa; en un mot la petite malade était à la veille d'être tout à fait soulagée, lorsque le 3 du mois de février 1839, ses deux jambes furent brusquement atteintes d'une faiblesse extrême, suivie d'un tremblement considérable toutes les fois qu'elle voulait se lever et marcher; des mouvements convulsifs ne tardèrent pas à se manifester aux deux bras; et cette fille, qui jusque là avait montré de l'intelligence et beaucoup d'aptitude au travail, tomba dans une sorte d'idiotisme; mais soit négligence de la part des parents, soit que ceux-ci conservassent de jour en jour l'espoir de voir l'état de leur enfant s'améliorer, pendant quatre mois mademoiselle Maréchal ne fut soumise à aucun traitement; et si on réclama enfin les secours d'un médecin, c'est qu'on s'aperçut que la maladie s'aggravait d'une manière sensible.

Au premier aspect il était facile de reconnaître que cette jeune fille était attaquée de chorée ou danse de Saint-Guy; lorsqu'elle était assise, rien n'annonçait ce qui allait se passer chez elle; seulement son regard avait le caractère de l'imbécillité; aux questions qu'on lui adressait, elle ne répondait guère que pour accuser une douleur assez vive dans les deux genoux et dans les articulations des bras; elle était dans l'impossibilité de se lever; et quand en la prenant sous les bras on la forçait quelques instants de rester dans la station, elle était aussitôt prise de mouvements désordonnés dans les jambes, mouvements que l'on aurait pu à la rigueur comparer à une sorte de danse plutôt qu'à un mouvement nerveux. Enfin, en soutenant la malade, elle ne pouvait marcher qu'en traînant les deux jambes; généralement les bras étaient agités en même temps que les extrémités inférieures; cependant c'était plutôt quand mademoiselle Maréchal voulait porter quelque chose à sa bouche que les mouvements convulsifs augmentaient, et à tel point qu'il fallait la faire manger et surtout la faire boire.

Le traitement de la chorée, suivant que celle-ci dépend de l'approche de la puberté, de la constitution nerveuse du sujet, d'une frayeur ou d'une affection mentale, doit être plus ou moins modifié; toutefois, pour la jeune fille qui m'était confiée, me trouvant sans indications bien précises, je devais éprouver quelque embarras, par cela même que la cause de la maladie que j'avais à traiter présentait de l'obscurité. Je commençai néanmoins par les purgatifs à petites doses, par des tisanes antispasmodiques, et le calomélas: je fis succéder l'huile de ricin. Ces moyens restèrent sans succès. Des applications de sangsues furent faites au siége: un moment mademoiselle Maréchal parut s'en bien trouver; puis bientôt l'amélioration légère que j'avais cru pouvoir constater sous l'influence des évacuations sanguines ne continua point, et je dus recourir à d'autres moyens pour rendre moins pénible la situation de cette jeune fille. Je fis d'abord appliquer un vésicatoire au bras; j'administrai en même temps les pilules de Méglin à la dose de 3, puis de 6 et de 9 par jour, et je ne tardai pas à m'apercevoir de leur efficacité, car après en avoir fait usage pen-

dant quinze jours environ, les mouvements convulsifs des bras diminuèrent sensiblement, et de telle sorte qu'on cessa de faire manger la malade, qui bientôt put porter son verre à sa bouche sans en répandre le contenu.

Cependant le traitement que je viens d'indiquer durait déjà depuis deux mois; et si sous son influence il existait quelque amélioration vers les extrémités supérieures, les jambes étaient loin d'aller aussi bien : la faiblesse de celles-ci était toujours bien grande, le tremblement persistait encore, et la marche même avec des aides était impossible.

Dans cet état de chose, désirant enfin de déterminer chez cette jeune fille une crise salutaire, alors même qu'il me faudrait avoir recours à des moyens énergiques, je prescrivis l'usage des bains froids, que quelques médecins allemands commençaient, *à cette époque*, à vanter dans le traitement de la chorée. D'abord mademoiselle Maréchal se refusa à se laisser mettre dans l'eau froide, et il fut même nécessaire d'employer la force pour la contraindre à rester dans la baignoire; mais bientôt je me felicitai de ma persévérance, car les bains froids furent suivis du plus grand succès. Petit à petit, et en quelque sorte après chaque bain, la faiblesse diminuait, les mouvements désordonnés se calmèrent, la marche devenait possible, avec des béquilles d'abord, puis avec un bras, puis à l'aide d'une canne; enfin dans les derniers jours de septembre la guérison était complète, et il ne restait plus de cette cruelle affection qu'un peu d'étonnement dans le regard, étonnement qui, du reste, a fini par se dissiper entièrement, en même temps que les facultés intellectuelles redevenaient ce qu'elles étaient avant la maladie.

Cette observation présente cela de particulier, que la chorée a succédé brusquement à un catarrhe bronchique, qui, lui-même, avait succédé à un état de somnambulisme bien prononcé; il s'est manifesté chez cette malade une série de métastases fort difficiles à expliquer sans doute, mais dont l'existence me semble bien démontrée. Toujours est-il qu'après avoir inutilement fait usage des purgatifs, des antispasmodiques et des évacuations sanguines, les pilules de Méglin, mais surtout les bains froids, ont amené la guérison complète d'une affection à la fois pénible et douloureuse.

Instruit par l'expérience, et d'ailleurs l'efficacité des bains froids dans le traitement de la chorée ayant été reconnue par un assez grand nombre de médecins, soit en France, soit en Allemagne et en Angleterre, je n'hésitai pas à les employer tout d'abord chez la jeune demoiselle qui fait le sujet de ma seconde observation.

Mademoiselle Emilie T., âgée de douze ans, demeurant rue Montmartre, 142, d'une assez bonne constitution, mais ayant cependant éprouvé dans son enfance et à plusieurs reprises des convulsions qui avaient mis sa vie en danger, fut atteinte tout à coup, dans les premiers jours de janvier 1840, de douleurs dans les articulations des genoux et des pieds; son appetit se perdit; à des couleurs assez fraîches succeda une pâleur extrême; les nuits furent agitées. Bientôt la jambe droite devint faible à tel point, que mademoiselle Emilie se traînait et ne se soutenait plus que sur le membre inférieur gauche; cet état dura environ quinze jours, pendant lesquels, la maladie n'ayant pas encore de caractère bien déterminé, je fis pratiquer des frictions opiacées, puis des frictions avec de l'alcali volatil. Vers le 20 du mois de janvier la malade se plaignit aussi de faiblesse dans la jambe gauche, et à la même époque des mouvements convulsifs se déclarèrent à la jambe droite; la marche ne fut plus possible; et toutes les fois que mademoiselle Emilie se levait et voulait, en s'appuyant sur un meuble, faire quelques pas, le tremblement augmentait et avait tout à fait le caractère que l'on assigne à la danse de Saint-Guy. Mademoiselle Emilie n'avait que douze ans; elle était peu développée, et rien n'annonçait que l'affection dont elle était attaquée fût causée par l'approche de la puberté. Toutefois, en cherchant à déterminer ce qui avait pu amener sur cette jeune fille, qui depuis plusieurs années se portait bien, une situation semblable, ses parents se rappelèrent d'abord que vers la fin du mois de décembre 1829 des engelures assez considérables qu'elle avait aux pieds avaient tout à coup disparu, et ensuite qu'à peu près vers la même époque, mademoiselle Emilie ayant cassé une tasse de porcelaine de quelque prix, une personne de la famille, qui se trouvait présente au moment où cet accident était arrivé, avait couru sur elle en la menaçant et en la grondant de telle sorte, que cette enfant dit ensuite avoir éprouvé une grande frayeur.

Quoi qu'il en soit de la cause fort douteuse pour moi de l'affection que j'avais à traiter, je prescrivis l'emploi des bains froids; et, après quelques hésitations de la mère de cette demoiselle, qui trouvait la saison peu favorable à un semblable moyen, je parvins à vaincre ses craintes, et tous les deux jours mademoiselle Emilie prit un bain froid d'une demi-heure, et quelquefois de près d'une heure. Je ne fis point usage des pilules de Méglin, et je me bornai à administrer quelques tasses d'une infusion légère de tilleul. Après le *quatrième bain*, une amélioration sensible se manifesta, la faiblesse de la jambe gauche cessa entièrement, et le tremblement nerveux de la jambe droite diminua; le bras du même côté, qui avait légèrement participé aux mouvements convulsifs, reprit toute sa liberté d'action. Enfin, vers le 20 du mois de février, après avoir pris onze bains froids, la jeune malade était tout à fait rétablie. Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois occasion de la voir, et je me suis assuré qu'elle ne conservait aucune trace de l'affection qui, pendant six semaines, avait donné de si vives inquiétudes à sa famille.

Je viens de signaler deux observations de danse de Saint-Guy, qui me paraissent aussi bien caractérisées que possible. Recueillis avec une scrupuleuse exactitude, ces deux faits n'ajouteront sans doute rien à ce que l'on sait de la chorée en général; mais ils ne seront pas, je l'espère, sans importance pour les médecins-praticiens, qui y trouveront la confirmation des effets salutaires des bains froids comme moyen curatif d'une maladie qui, par sa bizarrerie, a pu dans d'autres temps paraître tout à fait surnaturelle aux yeux du vulgaire.

(*Revue médicale*, septembre.)

64. *Hypertrophie du cœur, rétrécissement de l'orifice aortique.—Altérations des valvules bicuspides gauches.—Œdème pulmononaire.—Albuminurie considérable. — Anasarque.* — Service de M. Monneret. Hopital de la Charité.

Au n° 11 de la salle Saint-Louis est couché le nommé Aubin, âgé de cinquante-cinq ans, exerçant la profession de débardeur. Vers l'âge de trente ans, il fit une chute de 40 pieds de haut sur la poitrine : cet accident le retint trois semaines à l'hôpital de Clermont. Il y a cinq ans, il éprouva une nouvelle chute, pour laquelle il fut contraint de s'aliter pendant quelques jours.

La respiration est habituellement gênée depuis un temps qu'il ne peut déterminer. Il a suspendu depuis deux mois ses occupations. Depuis trois années environ, palpitations fréquentes qui ampêchent le malade de se livrer à un travail actif. Les jambes ne sont enflées que depuis deux mois. Il est entré successivement depuis cette époque à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié. Il est sujet à s'enrhumer. Jamais d'hémoptysie, ni d'affection de poitrine, ni de rhumatisme articulaire.

Etat actuel, 25 septembre. Constitution robuste, encore bien conservée. Le malade ne peut garder que la position assise. Cyanose, refroidissement des mains, nul au visage ; œdème considérable des membres inférieurs et du scrotum, nul aux membres supérieurs ; légère voussure à la région précordiale, point d'impulsion anormale ni de frémissement ; les deux bruits du cœur, le second surtout, modifiés dans leur timbre ; les jugulaires distendues ; aucune tumeur vers le sternum. La matité de la région précordiale occupe une étendue d'environ 4 pouces carrés. Le pouls 60, petit, filiforme, irrégulier, avec intermittences fréquentes.

La sonorité à peu près normale des deux côtés ; en arrière, la respiration assez bonne en haut ; râle sous-crépitant abondant à la base des deux poumons ; toux peu fréquente, crachats muqueux offrant des stries opaques et blanchâtres ; langue naturelle ; épanchement d'un peu de sérosité dans le péritoine, l'appétit conservé, la soif médiocre, pas de dévoiement.

Prescription : Décoction de racines d'asperges, 2 p.

Après l'observation de ces troubles morbides nombreux et presque tous caractéristiques d'un obstacle apporté au cours du sang, le diagnostic de la maladie organique du cœur ne peut demeurer douteux un instant.

Mais était-ce là tout ? Comment penser qu'une altération des valvules et des orifices de l'organe central de la circulation, qui est assez marqué pour ne pas produire de bruit anormal proprement dit, puisse être la seule cause de si grands désordres ? Cet œdème du poumon, cette ascite, peu considérable, il est vrai, le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, cette infiltration des membres inférieurs, n'ont-ils pas le secret de leur développement dans l'existence de quelque autre lésion d'organe. C'est, en effet, ce qu'il nous importait de rechercher ; et bien nous en advint, car nous apprîmes que cette diathèse séreuse ne dépendait pas seulement d'une gêne au cours du sang, mais aussi d'une modification de sa composition. Le malade, fort indocile et difficile à gouverner, malgré toutes nos recommandations, n'avait pu encore nous procurer de ses urines. Nous prîmes le parti de lui en faire rendre pendant la visite du 18 octobre, et nous constatâmes qu'elles précipitaient par l'acide et par la chaleur une très-grande quantité d'albumine qui déposait en magma au fond du vase.

Le même jour, l'œdème des membres inférieurs et du scrotum paraît toujours considérable, l'épanchement ascitique augmente ; les membres supérieurs ainsi que la face n'offrent aucune infiltration. Anxiété, exaltation particulière de l'intelligence, lividité de la face, la température des extrémités toujours abaisée, aucune douleur dans la région lombaire ; le malade ne se rappelle pas en avoir jamais éprouvé.

Le pouls très-irrégulier et ne donnant que très-rarement le même nombre de pulsations pour le même temps. Ainsi compté deux fois de suite, il a d'abord fourni 56, et ensuite 68. Même état des poumons et des autres viscères.

Prescription : Frictions avec scille, 0,4, et teinture de digitale, 0,2.

Les différents symptômes que nous avions notés à l'entrée du malade à l'hôpital persistent au même degré, et l'on peut à l'avance pronostiquer une terminaison funeste, car les deux maladies dont il est affecté sont au-dessus des ressources de l'art. La présence de l'albumine dans l'urine s'explique par une altération des reins. Si nous cherchons quelle est la nature de cette altération, nous éprouvons quelque embarras. En effet, une simple hypérémie qui, dans le parenchyme du rein, sous l'influence d'une altération du cœur, détermine assez fréquemment le passage de l'albumine dans les urines : dans ce cas, cet élément ne se présente pas toujours d'une manière passagère, comme cela arrive dans d'autres affections. La maladie du cœur est une cause permanente de congestion qui amène cette sécrétion anormale d'albumine. Souvent l'hypérémie rénale, après avoir existé pendant un certain temps, est remplacée par une altération de texture beaucoup plus profonde : l'on voit alors les maladies granuleuses du rein devenir une complication qui persiste jusqu'à la mort. Chez le sujet dont nous venons de faire l'histoire, existe-t-il une simple hypérémie ou une lésion plus profonde ? Sans nous prononcer bien positivement sur la nature de la lésion dont le rein est le siége, nous sommes porté à soupçonner l'existence d'une maladie déjà avancée rein.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 127.)

65. *Hydro-péricardite et épanchement pleurétique gauche aigus, traités par les émissions sanguines générales, les vésicatoires et les révulsifs portés sur le tube intestinal. — Guérison.* — Service de M. Monneret.

Le 26 septembre est entré dans la salle Saint-Louis, au n° 31, le nommé Dabadie, âgé de cinquante-sept ans, depuis quatre ans à Paris, faisant depuis la même époque la profession d'écrivain; d'une santé habituellement bonne, sujet seulement à quelques douleurs rhumatismales occupant plus spécialement les muscles. Il y a une dizaine d'années il ressentit une première attaque de goutte, qui occupa l'orteil droit; elle fut bientôt suivie d'une seconde, qui envahit les deux orteils; une troisième a eu lieu il y a cinq ans; toutes ont été séparées par un intervalle assez grand (deux ou trois ans). Il y a dix ans qu'il survint des douleurs dans les jointures des deux mains; elles ont cessé depuis quinze jours. Avant cette époque, les pieds enflèrent jusqu'aux chevilles, mais à de longs intervalles, et l'enflure se dissipa assez facilement. Il a été sujet à des hémorrhoïdes qui ont paru vers l'âge de trente ans. Elles ont coulé par intervalles. Jamais de pneumonie ni d'hémoptysie. Dyspnée depuis quinze jours seulement; toux assez forte sans aucun autre symptôme.

Le malade a pris le lit dès le début du mal; point de disposition à s'enrhumer. Aucune cause appréciable; pas de traitement antérieur.

Etat actuel, 27 septembre. La constitution est encore robuste; le malade dit qu'il a maigri beaucoup depuis un an. Aucun œdème des membres inférieurs. Point de céphalalgie. Sommeil rendu impossible par la gêne de la respiration, qui augmente la nuit. Pouls à 96, régulier, petit, sans intermittence. Aucune voussure de la région précordiale. A droite, en avant, sonoréité parfaite : la respiration pure, sans râle. Absence complète du bruit respiratoire en avant et à gauche, si ce n'est sous la clavicule, où l'on entend le souffle des grosses bronches; en arrière, à droite, sonoréité et respiration normales; à gauche, sonoréité presque conservée jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse; à partir de ce point, œgophonie des plus manifestes en un seul point. Par la mensuration on obtient une différence de 3 centimètres à l'avantage du côté gauche. Matité complète de toute la région précordiale ne dépassant pas néanmoins le milieu du sternum. Battements du cœur lointains, sourds, ayant conservé leur timbre normal et s'entendant surtout sous le sternum. Décubitus latéral gauche. Un peu d'ébranlement carotidien. Pouls de la jugulaire droite. Réponses brèves et annonçant une dyspnée assez intense. Langue nette. Anorexie. Soif. Une selle chaque jour. Le sang de la saignée pratiquée la veille offre un caillot bien formé, supportant son poids, avec couenne peu dense, imparfaite, de 0,002 d'épaisseur.

Urines rendues à cinq heures et demie, colorées avec léger nuage, acides, sans précipité par l'acide nitrique.

Prescription: Petit-lait; sulfate de soude, 40 gram.; saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur la partie antérieure gauche du thorax, pour 500 grammes de sang.

Si l'on remonte aux causes de la double affection que présente le sujet, on n'en trouve aucune manifeste. C'est d'une manière latente et insidieuse qu'a débuté le mal, à une époque qu'il est impossible, du reste, de préciser. Quinze jours avant son entrée, il commence à éprouver, pour la première fois, des symptômes qui fixent son attention; encore sont-ils fort légers; ils consistent en une dyspnée qui augmentait pendant la nuit. Forcé de suspendre ses occupations, qui n'ont rien de bien pénible, il présente les signes bien tranchés d'un double épanchement dans la plèvre et le péricarde. Ce qui nous a frappé surtout dans les symptômes de l'épanchement de la plèvre, c'est qu'en même temps qu'il existait une augmentation dans les diamètres du côté gauche (ce qui annonce généralement un épanchement assez considérable), on pouvait encore entendre l'égophonie en dehors et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Un peu plus haut on percevait aussi un bruit respiratoire qui rappelait jusqu'à un certain point le bruit éloigné de la respiration. Existait-il quelques adhérences qui tenaient le poumon rapproché des côtés en ce point? Cela est possible. Nous avons déjà rencontré quelques cas analogues.

De nouvelles émissions sanguines furent pratiquées, et l'on eut recours également à l'emploi de plusieurs vésicatoires, qui furent promenés sur le thorax. On excita fortement la sécrétion du tube digestif, et, sous l'influence de cette médication, l'épanchement de la plèvre disparut presque entièrement.

La quantité de liquide contenue dans le péricarde diminue aussi considérablement; mais le malade ayant voulu sortir, nous ne pouvons considérer cette dernière affection comme s'étant entièrement guérie.

(*Ibidem.*)

---

66. *Cas de vomissements d'urine observés à l'infirmerie royale d'Édimbourg;* par le docteur Holliday Douglas.

Obs. — Mademoiselle Purdie, âgée de 25 ans, domestique, est admise le 3 sseptembre 1840, se plaignait d'être mal portante depuis six ans, et disait qu'elle avait éprouvé dans les reins de violentes et continuelles douleurs qu'elle attribuait à un effort. A plusieurs reprises elle avait eu de la difficulté à uriner et quelquefois même une rétention complète d'urine, pour laquelle on la sondait tous les jours, bien qu'on ne retirât qu'une très-faible quantité d'urine foncée, ce qui ne diminuait en rien une sensation de plénitude douloureuse qu'elle ressentait dans la région hypogastrique. En même temps elle avait eu de fréquentes nausées et avait vomi à différentes reprises un fluide transparent, jaune, et ayant le goût de l'urine; elle avait été aussi prise plusieurs fois d'aménorrhée, d'abord pendant un an et dès le début de sa maladie; pendant une de

ces aménorrhées, elle eut une hématémèse considérable, sans douleur ni sans sensibilité locales, et à la suite d'une fièvre elle avait vu ses urines couler avec la facilité et la quantité ordinaires.

Deux jours environ avant son admission, elle avait senti ses douleurs de reins augmenter subitement avec une céphalalgie qui cependant disparut au bout de cinq ou six jours. A l'époque de son admission, elle n'avait pas rendu d'urines depuis deux jours ; les douleurs des reins continuaient très-fortes, la pression était douloureuse dans les deux flancs, ainsi que sur l'épigastre. Il n'y avait ni céphalalgie, ni aucun trouble des organes de la respiration. Le pouls, d'une force médiocre, donnait 60. Le lendemain, des ventouses furent appliquées sur les reins, et de légers laxatifs furent administrés sans soulagement. Le 7 septembre, elle rendit 7 onces d'urine acide, pesant 1013, dans laquelle l'ébullition et l'acide nitrique ne produisirent aucun changement appréciable. Le 8, elle se plaint d'une forte pesanteur dans la région hypogastrique : on extrait de la vessie 10 onces d'urines, pesant 1020. De nouvelles ventouses sont appliquées sur les reins.

Jusqu'au 19 septembre, elle n'éprouva aucun soulagement, malgré les différents moyens employés. La quantité d'urine extraite tous les deux ou trois jours par le cathétérisme variait de 8 à 10 onces. Le 23, elle eut une attaque pendant laquelle elle ressentit le globe hystérique ; on lui ordonna 16 grammes de mixture de fer, à prendre trois fois par jour. Le 24, elle rendit 18 onces d'urines et vomit 8 onces d'un liquide semblable pour l'apparence et l'odeur à de l'urine. La matière vomie, reçue dans un vase net, fut immédiatement analysée et fournit des cristaux par l'addition d'acide nitrique et l'évaporation graduelle. Ces derniers furent dissous dans une petite quantité d'eau tiède, et la solution, après avoir été épurée, fut de nouveau évaporée; à plusieurs reprises il parut de nouveau cristaux, sur la nature desquels il ne put rester de doute.

Au mois d'octobre, cette malade fut prise de fièvre typhoïde intense, bien que d'une courte durée et avec l'éruption ordinaire. Le huitième jour de la fièvre, après avoir rendu les jours précédents une très-petite quantité d'urine, elle fut prise d'un nouveau vomissement et rendit encore 16 onces d'urine. Les matières vomies offraient une écume jaune, comme si elles avaient été mêlées avec de la bile ; soumises à l'analyse, elles fournirent des cristaux de nitrate d'urée.

La convalescence se passa bien et ensuite l'urine varia de 16 à 45 onces; la malade n'eut que deux attaques d'hystérie; les vomissements ne reparurent plus, et les règles continuèrent sans dérangement.

L'auteur de l'observation n'a point vu lui-même la malade rejeter ces matières vomies, mais il dit qu'il est bien certain de l'exactitude de la personne à qui il avait confié le soin de les recueillir, et qu'elle-même ne peut être induite en erreur, surtout la seconde fois, par la malade, comme on a lieu de le craindre dans tant de cas qui offrent quelque anomalies; car elle était au début de sa fièvre et dans un état qui ne lui permettait pas le moindre mouvement dans son lit.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 41.)

---

67. *Cas d'entérite chronique, guérie par le nitrate d'argent cristallisé en lavement et en pilules;* par A. Michel, D.-M. à Barbentane (Bouches-du-Rhône.)

Le nommé Jean Berthe, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, fermier du domaine dit la Rochelle, dans la Barbentane, n'avait jamais été malade, lorsque, vers la fin de juin 1836, à la suite d'un excès de boissons, il fut atteint de fortes coliques avec diarrhée qui l'obligèrent à réclamer mes soins.

Je trouvai le malade avec la fièvre et la peau brûlante, se plaignant de lassitude et de brisement dans les membres. Il y avait rougeur et sécheresse de la langue avec envie démesurée de boire. L'abdomen, douloureux sous la pression, était gonflé et tendu. La figure du malade exprimait la souffrance et l'anxiété. Bientôt il présenta les symptômes d'une antérite aiguë, qui fut combattue par la médication antiphlogistique la plus puissante, secondée d'un repos absolu et d'une diète sévère. L'état aigu disparut, mais l'affection passe à l'état chronique, à cause des écarts de régime du malade; car, dévoré d'une faim insatiable, l'imprudent se chargeait, en cachette, l'estomac d'aliments mal sains et indigestes qui prolongèrent son mal jusqu'en 1837, époque où il empira d'une manière alarmante, malgré tous nos moyens. Les douleurs du ventre reparurent plus cruelles, les déjections alvines plus abondantes; de cendrées et blanchâtres qu'elles étaient, elles devinrent purulentes et sanguines, tenant souvent en suspension quelques débris d'aliment mal digéré.

La figure du malade avait pris un aspect cadavéreux, les forces étaient épuisées, l'amaigrissement était devenu extrême. De son côté, le moral était profondément altéré, le malade n'avait plus ni volonté ni mémoire; à une grande insouciance s'était jointe une mélancolie peu ordinaire, sur laquelle les distractions de la campagne n'avaient aucun empire. A la sollicitation de sa femme et de ses amis, Berthe se décida à consulter plusieurs médecins distingués de nos environs, sans obtenir un résultat heureux.

Déjà, en 1838, le malade avait mis en usage tout ce que la thérapeutique peut offrir de ressources pour entraver la marche d'une affection si rebelle, la diète, le repos, les tisanes, les bouillons, les boissons émollientes, gommeuses, acidulées, le lait d'ânesse, le petit lait; sangsues, saignées, bains, cataplasmes, lavements, sirops, rafraîchissants, loochs, décoctions, pilules calmantes : tout avait échoué. Etaient venus ensuite, à titres de dérivatifs, les vésicatoires, les cautères, les sétons, les frictions sèches sur la peau, l'ipécacuanha, les pommades et es emplâtres stibiés, puis les diurétiques, les sudo-

rifiques, les astringents : tous ces moyens avaient été également impuissants. Le malade dépérissait de plus en plus; l'hydropisie avait envahi tout le corps, la peau avait pris la couleur de la cire, les cheveux avaient blanchi d'une manière étonnante. L'épiderme se détachait sur tous les membres, sous formes d'écailles pulvérulentes, semblables à la farine. Les selles, d'une odeur fétide, auxquelles se joignaient du sang et du pus en abondance, me confirmèrent dans l'idée de l'existence d'une ou de plusieurs ulcérations ayant leur siége dans l'intestin. Le malade ne quittait pas le lit, faisait sous lui; le pouls était petit et misérable, la peau terreuse; tout, en un mot, présageait une mort prochaine. C'est alors qu'en désespoir de cause je me décidai à essayer les lavements de nitrate d'argent employés et conseillés dans les diarrhées rebelles par quelques médecins, M. Trousseau entre autres. C'était comme une cautérisation que je voulais porter sur les surfaces ulcérées. Pour cela faire, je fis dissoudre 10 centigrammes (2 grains) de nitrate d'argent cristallisé dans 120 grammes (4 onces) d'eau distillée, que je prescrivis en lavement. Au second lavement, les matières fécales diminuèrent; au huitième jour de l'usage du remède, le malade se sentit comme renaître et se trouva débarrassé de sa diarrhée jusque-là si opiniâtre. Il faut dire aussi que le malade avait avalé 5 centigrammes (1 grain) de nitrate d'argent cristallisé en 12 pilules égales. En même temps il était aux bouillons gras et à l'usage du sirop de quinquina.

Berthe avait commencé en 1839 à reprendre un peu les travaux de la campagne, lorsque les coliques et les selles vinrent de nouveau l'effrayer et lui ravir l'espérance qu'il avait conçue de sa guérison.

Le nitrate d'argent cristallisé, employé comme la première fois en pilules et en injections, fut le remède puissant qui triompha du mal. On peut dire aujourd'hui (mai 1841) que le malheureux Berthe, après avoir lutté quatre ans contre une entérite chronique, avec ulcération qui semblait devoir se terminer d'une manière fatale, en a été débarrassé par ce remède. Il a pris en tout 10 centigrammes (2 grains) de nitrate d'argent en pilules, et 1 gramme 20 centigrammes (1 scrupule) en lavements.

(*Bulletin général de Thérapeutique*, octobre.)

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

68. *Convulsions puerpérales*; par M. Nichet.

Malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, il n'existe pas encore de règle capable de guider sûrement le médecin au milieu des circonstances embarrassantes que lui présente souvent la pratique. Non-seulement les moyens connus contre cette terrible maladie sont insuffisants, mais leur emploi même n'est pas soumis à des préceptes assurés qui permettent d'en fixer toujours d'une manière certaine, la convenance ou l'inopportunité. Ainsi, bien que l'indication naturelle, dans le cas d'éclampsie, soit de terminer l'accouchement, bien qu'il règne une sorte d'unanimité parmi les auteurs sur ce point, il est cependant des cas où le danger est si pressant, le mal si grave, que le chirurgien recule en quelque sorte, malgré lui, devant toute opération, même alors que celle-ci serait le plus facilement praticable. C'est à un semblable concours de circonstances qu'a rapport la première observation de M. Nichet : des accès se renouvelaient toutes les heures, la respiration était si faible, le pouls si petit, qu'on craignait à chaque instant de voir expirer la malade; la perte de connaissance continuait même dans l'intervalle des accès. En présence de tels accidents, et quoiqu'il eût été aisé d'opérer la dilatation du col, M. Nichet crut devoir s'abstenir, et cela d'autant plus que l'enfant était mort depuis plusieurs jours; mais il ne prit pas ce parti sans de vives perplexités. Heureusement la nature se chargea de résoudre le problème en lui donnant raison, car l'accouchement se fit spontanément, et la malade n'en succomba pas moins. Dans la seconde observation, les circonstances étaient différentes; aussi la pratique ne fut pas la même. L'ensemble des symptômes était beaucoup moins menaçant, et, après avoir sans succès essayé la saignée, le plus sûr des moyens prophylactiques, suivant madame Lachapelle, M. Nichet opéra sans difficulté la version, qui mit presque immédiatement un terme aux accidents.

(*Journ. de méd. de Lyon*).

68, bis. *Hémorrhagie utérine, transfusion; mort*; par M. May.

Une jeune femme âgée de vingt ans, délicate, enceinte de cinq mois de son cinquième enfant, éprouvait depuis le deuxième mois des hémorrhagies répétées, qu'elle avait négligées; mais enfin, étant devenues abondantes, elle s'est alarmée, et a consulté M. May. Le toucher a fait reconnaître une tumeur sarcomateuse et saignante à la lèvre postérieure du col utérin, et qu'on a prise pour une partie du placenta. La femme était pâle, irritable et faible. On lui a prescrit du seigle ergoté sous forme de teinture, un demi-gros toutes les quatre heures; ensuite on a élevé cette dose.

Le soir, les douleurs se sont déclarées, et le fœtus a été expulsé; une hémorrhagie terrible s'en est suivie; le placenta est seulement sorti en partie.

Les applications froides et le tampon avec une éponge ont arrêté le sang; mais la femme est tombée dans un collapsus extrême; lèvres blanches,

peau et haleine froides; pouls imperceptible, respiration fréquente et embarrassée, vomissements répétés, mais pas de délire ni de syncopes. Cet état s'est continué, malgré différents moyens employés; la femme était sur le point de succomber, la vie ne tenait plus qu'à un souffle, lorsque M. May a songé à la transfusion : MM. Cowan, Huripoc et Blundel, ont été appelés et ont approuvé ce projet; M. May l'a exécuté en leur présence.

Le mari de la femme étant fabricant de briques, on a fait venir plusieurs de ses ouvriers, les plus jeunes et les mieux constitués; on en a retenu quatre qui ont été saignés successivement. L'appareil a consisté en une seringue de deux onces, avec un tube gradué de quatre onces, un scalpel, un stylet mousse et une lancette. L'injection a été opérée petit a petit; deux heures ont été employées pour cela. Aussitôt que l'injection est arrivée à huit onces, la malade a commencé à donner des signes de vie et d'excitation. Chaque nouvelle seringue de sang était un nouveau baume révificateur; ses forces et ses sens se relevaient à vue d'œil. On était arrivé à vingt-quatre onces et demie, lorsqu'un léger trouble s'est fait voir dans les carotides; mais il n'a duré qu'une ou deux minutes; on s'est arrêté alors; l'état de la femme s'est amélioré, le reste du placenta a été expulsé, l'hémorrhagie n'a pas reparu; mais des symptômes de phlébite utérine se sont déclarés et la femme est morte sept jours après la transfusion. L'autopsie n'a pas été faite.

(*Revue des Spécialités.*)

---

69. *Expulsion d'un fœtus de deux mois et demi, huit jours après l'accouchement d'un enfant à terme;* par Clair, D.-M., à Rodez (Aveyron.

Il s'est récemment présenté dans ma pratique un cas curieux de superfétation que j'ai à vous faire connaître. Le 9 mars 1841, la femme de Carenac, maçon à Rodez, mit au monde un enfant à terme, du sexe masculin, bien constitué et bien portant. L'accouchement fut naturel et sans le moindre accident. Le placenta vint immédiatement après la sortie de l'enfant. Trois jours après cet accouchement, il se déclara chez l'épouse Carenac une hémorrhagie assez forte pour me tenir en éveil; je m'en rendis maître au moyen d'une potion avec le ratanhia. Cette hémorrhagie se renouvela deux jours après; même moyen, même succès. Enfin, dans la nuit du 17 au 18 mars, le sang reparaît avec plus d'abondance. Cette fois je procède à l'exploration, et je trouve à l'ouverture de la matrice un corps assez consistant que je pris pour un fort caillot ou pour un môle dont je ne pus opérer l'extraction. Voulant mettre fin à cet état anormal, je prescrivis le seigle ergoté. Une heure après la première prise eut lieu en ma présence l'expulsion d'un embryon bien formé de deux mois à deux mois et demi; une heure plus tard l'arrière-faix sortit et l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. L'embryon, son cordon adhérent au placenta, les membranes de l'amnios, tout était en rapport parfait et dans un état de développement tel que le plus ignorant n'aurait pu se méprendre. C'est une observation dont je puis garantir l'authenticité.

Pilules de Lartigue. Je profite de cette occasion pour vous dire les succès vraiment étonnants que j'ai obtenus de l'emploi des pilules de M. Lartigue de Bordeaux, dans les affections goutteuses et dans les rhumatismes articulaires (1). Ce remède est appelé à rendre les plus grands services, et je ne saurais trop en recommander l'usage à mes confrères; en l'employant, ils auront la satisfaction d'enlever en quelques heures les douleurs de l'accès de goutte le plus violent. Cinq malades que j'ai traités par ce moyen ont été tous très-soulagés immédiatement après les premières pilules, et dans peu en état reprendre leurs occupations. Chez un seul sujet le mal a résisté à la première dose du remède, mais à la fin de la seconde, le mieux s'est prononcé et ne s'est plus démenti. J'ai appris que mes confrères de ce département et des voisins ont obtenu des guérisons notables au moyen des pilules de Lartigue. Je sais aussi que quelques-uns se sont plaints de leur inefficacite; en effet, j'ai vu des cas où ils les ont administrées et où elles ont échoué; mais qu'y a-t il là d'étonnant? Des personnes adonnées à l'intempérance ne peuvent guère attendre un soulagement immédiat dans leurs maux, pas plus de ce moyen que de tout autre; à plus forte raison quand elles ne cessent pas le régime qui a été l'origine de la maladie. Nest-il pas, comme je l'ai vu, de la plus souveraine injustice d'accuser d'inefficacité ces pilules parce qu'elles n'ont pas agi sur un pauvre individu moribond, vrai cadavre ambulant, qui s'éteignit au bout de quatre jours. J'ai donc tout lieu de croire, d'après mes résultats et ceux de plusieurs médecins de ma connaissance, que ceux de mes confrères qui n'ont pas obtenu tout le succès qu'ils désiraient de ces pilules, ignoraient la vie privée de leurs malades. Je vous fais part de ce que je pense sur un médicament très-précieux selon ma manière de voir.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, octobre.)

---

70. *Accouchement de deux enfants jumeaux, l'un mort atrophié, de cinq mois et demi à six mois de développement; l'autre né viable au terme de neuf mois, bien portant;* par le docteur Ménard.

Le 15 octobre 1840, appelé pour accoucher la femme David, âgée de 33 ans, mariée le 5 janvier même année, et qui n'avait pas eu ses mois depuis le 21, je la trouvai avec des douleurs vives et rapprochées, le col effacé, sans dilatation; elle n'avait pas éprouvé la moindre incommodité, ni le moindre accident durant sa gestation, qui comptait deux cent soixante-dix jours; mais elle souffrait depuis vingt-

---

(1) Voyez Encyclographie, 4e s., t. 7, p. 62.

quatre heures sans aucun signe de travail que la douleur.

Le lendemain, malgré un mal toujours croissant, les douleurs n'avaient encore rien produit : le col était fermé, le vagin sec, et cependant on ne pouvait pas se méprendre sur la nature des douleurs d'enfantement. Le mal que semblait favoriser une constitution musculo-nerveuse, devint si vif, que je fis donner un bain pour calmer la malade, qui n'éprouva aucun soulagement.

Le 17 octobre au soir, après quatre-vingt-quatre heures de travail, le col utérin s'ouvrit légèrement, de manière à laisser reconnaître un corps mollasse, inégal, sans résistance. Je conçus de l'inquiétude. J'en fis part aux confrères Hélie et Delamarre; et, à huit heures, la rupture de ce corps mollasse laissa écouler deux ou trois cuillerées d'un putrilage crémeux, sans odeur; et je trouvai, dans sa place, des aspérités osseuses qui me révélèrent la présence d'un squelette comme cause essentielle de la dystocie. Deux heures plus tard, je pus extraire avec l'indicateur deux côtes privées de leur périoste, d'épiphyses et de cartilages; mais le col n'était pas assez développé pour permettre davantage. Ce ne fut que le 18 au matin, sous une large dilatation, que, rencontrant une main, je retirai le membre thorachique gauche détaché dans l'articulation scapulo-humérale; puis, trouvant la poitrine, j'eus deux autres côtes; alors, agissant sur la colonne vertébrale avec le doigt indicateur recourbé en crochet, j'entraînai le reste du fœtus, que vous voyez, formant une masse ramollie, desséchée et fortement aplatie.

Après ce corps étranger retiré, on vit bomber les membranes d'un nouveau fœtus, annoncé vivant par les mouvements abdominaux pendant tout le temps de la parturition du premier, qui n'est venu qu'après quatre-vingt-seize heures d'un mal laborieux; puis, le travail reprenant une nouvelle énergie, amena à bien, dans deux heures, malgré les difficultés d'un premier accouchement, un fœtus parfaitement sain et viable, dont la santé aujourd'hui (trois mois) n'a pas varié. Si l'accouchement de ce second enfant fut prompt, il n'en fut pas ainsi de la sortie de l'arrière-faix, qui était double, et que je crois devoir vous mettre sous les yeux : le col revint sur lui-même, le cordon se remplit; il me fallut porter la main, et, pour ainsi dire, arracher ce gâteau, dont une portion dure et atrophiée présentait un corps elliptique de trois pouces sur deux d'étendue, et de quatre lignes d'épaisseur, d'un tissu fibreux jaune-fauve, homogène, qui, coupé, simulait une éponge préparée à l'eau; sa face utérine est lisse et n'offre aucune trace de cotylédons; l'autre portion était dans un état normal parfait, mais donnait naissance à une espèce de tissu fibreux, large d'un pouce, communiquant avec la première.

Quelques cas analogues au fait qu'on vient de lire ont été mentionnés par les auteurs; mais en général, on a oublié de faire connaître l'état de l'arrière-faix et particulièrement du placenta correspondant à l'enfant mal développé. Telle est encore une observation qui m'a été communiquée par M. Aublanc.

Indépendamment des diverses maladies du fœtus, qui ont été soigneusement décrites par Ruysch-Burdach, Cuweilhier, je pense qu'une autre cause doit être assignée à cette destruction d'un fœtus, l'autre produit restant intact. Cette cause, c'est la compression utérine, compression qui peut arriver de deux manières : subitement, sous l'influence d'une impression vive ou de contractions musculaires exagérées; ou lentement, par suite de la rigidité de l'utérus, rigidité qui a d'autant plus d'effet que la matrice est plus remplie. On conçoit que la pression latérale d'un des fœtus sur l'autre s'ajoute à cette compression concentrique de l'utérus.

Dans le cas qu'il m'a été donné d'observer, je me regarde comme d'autant plus fondé à adopter cette explication, que je n'ai rien vu de spécial chez la malade qu'une constitution sèche, nerveuse, et la circonstance d'un âge où les parties molles ont une certaine rigidité, et opposent à un premier accouchement de très-grands obstacles; je pense que l'espèce d'étranglement exercé par la matrice a arrêté la circulation du placenta et causé, par suite, la mort de l'un des fœtus; puis l'aplatissement graduel de celui-ci, tel qu'il était réduit à l'épaisseur des parties osseuses et tégumenteuses, a permis à l'autre fœtus de se développer librement.

Mais pourquoi l'avortement n'a-t-il pas eu lieu? Je pense en trouver la raison dans la conservation des membranes à l'état d'intégrité, et dans les moyens de communication qui existaient entre les deux placentas, moyens qui ont prévenu la gangrène même partielle des parties.

(*Annales de Gynécologie*, t. II, n° 2.)

---

71. *Observation de corps fibreux pédiculé de l'utérus, d'un volume considérable, remplissant la cavité du vagin. — Tentatives d'abaissement de la matrice sans résultat, par suite d'immobilité de cet organe. — Ligature infructueuse suivie d'imminence de métro-péritonite. — Division et excision de l'excroissance. — Guérison rapide;* par MM. les docteurs Tordeur, frères (*d'Elouges et de Dour*), et V. Delhaye (de *Montignie sur roc*).

La femme de Bureau, François, charbonnier à Elouges, âgée de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, quoiqu'un peu lymphatique, avait eu un accouchement normal trente-trois mois avant de nous consulter. A la cinquième semaine de la délivrance, les règles avaient reparu régulièrement, quand cette femme s'aperçut, à l'orifice du vagin, de la présence d'une tumeur insensible, facilement réductible, ne reparaissant que de temps en temps et n'entraînant, d'ailleurs, aucune incommodité. Effectivement, la santé était restée parfaite jusqu'au vingtième mois des couches, lorsque cette personne éprouva d'autres phénomènes; elle ressentit une gêne insolite dans l'hypogastre avec une chaleur brûlante qui, de l'utérus, s'irradia vers les cuisses. La malade s'assure, par le toucher, qu'un corps volumineux, irréductible, dont elle avait eu la sensation de la descente, venait de franchir l'orifice vaginal : aussi rapporte-t-elle à cette époque

l'apparition d'abondantes fleurs-blanches, dont l'odeur insupportable fait tout son supplice.

Au vingt-sixième mois de l'accouchement, cette femme, revenant de puiser de l'eau, est prise subitement d'une violente métrorrhagie, qui s'est répétée maintes fois dans l'espace de sept mois, et qui, malgré tous les secours de l'art, a dégénéré en un écoulement séro-sanguin. La malade, cependant, rappelait sans cesse l'attention de plusieurs médecins sur la tumeur dont l'accroissement se manifestait par des accidents du côté de la vessie et des reins. Malgré ce, on passe sur ses avis; le toucher est négligé, des médicaments inutiles et coûteux sont prescrits; finalement, un pessaire construit *ad hoc* est conseillé. C'ést sur ces raisons que cette malade nous réunit, chez elle, le 13 août dernier, pour consulter sur son pénible état.

L'épouse Bureau peut encore remplir faiblement la besogne du ménage; la figure est pâle et légèrement bouffie, la sclérotique bleuâtre; les digestions pénibles; elle éprouve de la dysurie, du ténesme rectal, des douleurs gravatives aux reins, aux aines. Un flux leucorrhéique abondant, d'une odeur nauséabonde et acide, sourde des parties génitales. Le doigt, introdut dans le vagin, rencontre, tout d'abord, une tumeur volumineuse, dure, bosselée, insensible, douce au toucher, mobile d'avant en arrière, irréductible, s'étendant de dessus les pubis à la cavité du sacrum. On peut parcourir librement les faces de cette tumeur, hormis la supérieure, où s'attache le pédicule, qu'on ne peut atteindre que très-difficilement, et en repoussant fortement en arrièrre cette énorme tumeur. Vue au spéculum, cette tumeur présente une couleur d'un blanc sale, nuancée; latéralement, de grosses veines qui laissent suinter un sang noir et épais. L'excroissance repoussée de bas en haut, on peut par la main, appliquée à la région sus-pubienne, constater la présence de l'utérus qui occupe sa position normale.

Après l'analyse des signes sensibles et rationnels que nous avions devant nous, nous conclûmes que la tumeur qui s'était montrée primitivement ne pouvait être attribuée qu'à une descente de matrice, entraînée par le poids du polype renfermé dans la cavité utérine, et que, quant à celle existante, sans pouvoir la rattacher à une cause appréciable, elle nous fournissait tous les symptômes d'un corps fibreux pédiculé.

Nous convinmes unanimement que ce corps serait enlevé par l'excision de son pédicule ou par la ligature au cas où le premier prodédé devienne impraticable. La malade y est préparée par des injections chlorurées et par l'administration de l'ergot de seigle pour opérer la descente complète de la tumeur.

Au moment de l'opération, la femme est placée sur une table couverte de quelques haillons. Le pudendum est écarté avec soin, le polype est chargé avec des pinces de Museux; des érignes sont implantées, le plus haut possible, dans le tissu de la tumeur. Les tractions, d'abord modérées, sont augmentées insensiblement, au point qu'elles produisent des douleurs avec imminescence de syncope; cependant la matrice demeure fixée dans le détroit supérieur du bassin.

Tous nos efforts devenant inutiles, nous embrassons la base de la tumeur par une ligature qui est par trop serrée, car des douleurs viscérales se développent bientôt, accompagnées de rétention d'urine, de fièvre, d'un fort gonflement et d'une dureté extrême de la tumeur, de tous les préludes, enfin, d'une métro-péritonite, accidents qui exigent, de notre part, les plus prompts secours. La ligature est enlevée, l'urine est évacuée par la sonde; on prescrit des fomentations émollientes, des bains généraux. Nous convenons de laisser là, pour le moment, toute espèce d'opération et de nous entourer des conseils de notre collègue et ami M. Stievenart, de Mons, qui se rendit à notre invitation le 22 août dernier.

Pendant cet intervalle, la tumeur, qui avait été entamée par la ligature et les instruments, prend, sous l'influence des moyens indiqués, une telle amélioration, qu'elle est réduite, par une espèce de fonte purulente, à la moitié environ de son ancien volume. Au jour de la réunion, nous ne fûmes pas peu étonnés de pouvoir assez facilement toucher le pédicule du polype et le suivre jusqu'au col utérin qui lui donne passage. En résumé, les consultants, ayant les mêmes opinions sur la nature du produit morbide et sur la nécessité de l'extirper, se retirent pour aviser au mode opératoire qui serait adopté dans l'espèce.

On rejeta d'une voix unanime la méthode de l'arrachement par torsion comme trop douloureuse et inapplicable au cas qui nous occupait. Cette méthode, qui paraît, au premier abord, la plus conforme aux cures spontanées, ne convient qu'aux polypes muqueux, celluleux, sanguins; partant nous improuvâmes l'emploi du forceps de Levret dont on s'est servi quelquefois avec avantage dans des cas pareils à celui de notre malade. M. Stievenart vint étayer son opinion du récit de l'histoire d'une femme de Boussu qu'il délivra, par cet instrument, d'une énorme masse polypeuse, remplissant tout le vagin. Cette personne, qui ne donnait que de faibles chances de réussite, succomba bientôt à une péritonite sur-aiguë.

Tous les suffrages se réunirent pour l'excision selon la méthode de Dupuytren; M. Tordeur, d'Elouges, nous rappela à ce sujet l'observation de l'épouse d'un brigadier des douanes, audit lieu, chez laquelle il avait déterminé la descente d'un gros polype de la matrice par des doses fortes d'ergot de seigle, deux drachmes dans la journée; l'opération par excision procura ensuite une cure radicale. M. Stievenart parla dans le même sens et cita, à l'appui de l'avis de son collègue, deux opérations semblables qui, entre ses mains, avaient été couronnées de succès. Cependant l'on convint qu'en cas que l'ablation du polype ne serait point praticable par section, l'on procéderait comme M. Bérard qui, en pareille occurrence, après avoir embrassé la base de la tumeur par une ligature fortement serrée, fendit l'excroissance en deux parties et ensuite les réséqua. La ligature a ici deux grands avantages, d'abord de parer aux accidents hémorrhagiques, puis de détruire les restes du polype. Si nous devions employer encore la ligature, nous ferions en sorte de graduer la constriction à la sensibilité des parties;

nous l'employerions même, en certains cas, d'une manière intermittente; on pourrait éviter ainsi les suites d'une trop grande inflammation et de la résorption.

D'après des faits aussi concluants, MM. Delhaye et Stievenart se chargent de l'opération, M. Tordeur (d'Elouges) comprime le bas-ventre et M. Tordeur (de Dour) écarte soigneusement les parties sexuelles de la femme.

La masse charnue est saisie avec un ténaculum *ad hoc* et avec des pinces; elle ne cède point, bien que les tractions soient intenses; des vives douleurs épuisent la patiente, les opérateurs se fatiguent; on désempare. C'est alors que M. Delhaye, refoulant avec force, de la main droite, la tumeur dans la cavité du sacrum, introduit, derrière les pubis, l'index gauche, au moyen duquel il accroche, non sans peine, le pédicule qu'il divise avec des ciseaux courbes, glissés habilement le long du bord latéral inférieur de ce doigt.

La crainte de l'hémorrhagie qui, d'après Zacutus, avait été mortelle chez une de ses opérées, ne fut qu'illusoire chez la nôtre; car à peine perdit-elle une once de sang. Nous croyons pouvoir expliquer cette immunité par la torsion accidentelle des vaisseaux du pédicule.

Des moyens simples procurèrent à l'opérée, dans la huitaine, une guérison radicale, que vint consolider l'administration d'un vin chalybé qui rendit au sang la plasticité qu'il n'avait plus.

Note du Rédacteur. — Bien que l'histoire des corps fibreux pédiculés de l'utérus ait été mieux étudiée que celle des autres maladies de cet organe, il ne sera cependant pas inutile de tenir compte de quelques points intéressants qu'offre cette observation. Remarquons d'abord que la génèse de cette excroissance énorme n'a été accompagnée d'aucun trouble, et que son développement même assez avancé n'a déterminé aucun dérangement appréciable de la santé. Que d'incertitudes encore sur l'étiologie et la nature de certaines affections utérines! Ici il y avait une tumeur fibreuse pédiculée très-considérable, sans douleurs, tandis que l'on voit parfois de très-petites être la source de grandes incommodités.

Cette observation présente un de ces cas fort nombreux où des praticiens se sont trompés sur la véritable nature du mal lors même qu'une simple inspection des organes génitaux pouvait leur fournir des donneés précieuses.

Dans toute affection utérine, le praticien ne doit rien négliger des moyens d'investigation, car il y a des cas, et en grand nombre, où la nature du mal est excessivement équivoque, même pour le gynécologue le plus exercé. C'est sans doute pour avoir négligé quelque point capital du diagnostic qu'un professeur a extirpé dernièrement un utérus renversé en croyant n'agir que sur un polype de la matrice. Quand le gouvernement pensera-t-il enfin à élargir le cercle trop rétréci de l'enseignement des sciences médicales, en créant des cours spéciaux de pathologie et thérapie du système génital de la femme? Les améliorations que réclame l'enseignement académique sont pourtant la seule voie pour prévenir ces funestes mécomptes qui compromettent souvent l'honneur du médecin et le sort des malades.

Mais revenons aux autres circonstances particulières de ce fait intéressant. Les phénomènes morbides qui résultèrent de la constriction du pédicule du corps fibreux nous ont appris de nouveau qu'il ne faut pas précipiter cette constriction. Cette précipitation peut conduire à des accidents déplorables. En effet, l'on sait que la formation du pédicule se fait aux dépens des fibres internes de la matrice; or la ligature, en portant sur le tissu de l'utérus, peut occasionner des conséquences dangereuses. Au reste, les accidents graves que détermine parfois la constriction doit nous faire présumer avec raison l'existence de nerfs dans certaines tumeurs fibreuses pédiculées.

Beaucoup de praticiens extirpent encore les polypes selon les vieilles lois de la médecine; cependant l'excision est toujours préférable à la ligature chaque fois qu'une ankylose, des adhérences ou une lesion de position ne s'opposent pas à l'abaissement de l'organe générateur : le résultat de la ligature est souvent long, pénible et dangereux, celui de l'excision est simple, prompt et facile. La crainte de l'hémorrhagie ne saurait être une contre-indication, car cet accident arrive très-rarement.

Il est vrai que l'abaissement de la matrice est quelquefois très-difficile à obtenir, surtout chez les femmes qui ont eu peu ou pas d'enfants, mais on parvient à opérer le mouvement de descente en exerçant des tractions très-modérées et graduées de quart d'heure en quart d'heure et en employant, s'il le faut, plusieurs séances. Il ne faut pas oublier d'opérer en même temps une large et douce pression sur l'hypogastre.

Lorsqu'on a opéré une extirpation complète, la guérison est souvent rapide. Cependant tout n'est pas toujours fini par l'excision du corps fibreux pédiculé, et il y des cas où il faut tenir compte du travail qui a produit la tumeur, surveiller avec soin le système génital interne et employer des moyens convenables pour prévenir des affections chroniques de l'utérus.

Maintenant il nous reste à dire quelques mots sur cette tumeur prédiculée qui nous a été remise pour notre collection d'anatomie pathologique. Cette pièce, de la grosseur d'un poing d'adulte, présente sur toute sa surface des inégalités et une forte dépression à sa face supérieure, ce qui est le résultat de la section de son gros pédicule; elle offre une espèce de queue à sa partie antérieure. La tumeur est entourée d'une membrane d'enveloppe assez dense, divisée légèrement par sa face postérieure. Cette production pathologique paraît composée d'une trame fibreuse, entremêlée d'une matière crayeuse et tuberculeuse. La tumeur paraît avoir eu pour point de départ les fibres les plus internes de la matrice, qui, en s'hypertrophiant, ont constitué sa membrane interne ainsi que les couches superposées et qui sont visiblement musculo-fibreuses. C'est dans la trame de ces tissus que sont venues se déposer les diverses sécrétions tuberculeuses et autres

qui lui ont donné les caractères physiques que nous n'avons fait qu'esquisser.

Dr SCHOENFELD.

(*Annales de Gynécologie.*)

---

72. *Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, et de leur ouverture pratiquée par le vagin;* par HIPPOLYTE BOURDON, interne à l'Hôtel-Dieu, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

(Suite et fin (1).)

Traitement.

Avec le diagnostic, la thérapeutique est assurément la partie la plus importante de l'histoire des tumeurs fluctuantes de l'excavation pelvienne. Je ne parlerai pas des moyens médicaux qui sont conseillés dans tous les auteurs et employés journellement pour la cure de ces affections, mais je m'étendrai sur le traitement chirurgical; persuadé que lorsqu'une tumeur fluctuante est bien caractérisée et qu'on veut tenter quelque chose, le seul moyen sur lequel on puisse raisonnablement compter est une opération. En effet, que désire le chirurgien dans cette circonstance? C'est l'évacuation du liquide, puis le recollement des parois de la tumeur; et je ne pense pas que par aucun moyen médical on puisse arriver à ce double résultat.

Nous avons vu plus haut que la nature faisait les frais de la guérison dans beaucoup de cas; le moment est arrivé de se demander s'il faut se confier entièrement à ses seuls efforts, ou s'il est possible et avantageux de faire intervenir l'art chirurgical. Cette question n'est pas résolue de la même manière par tous les praticiens.

Et d'abord, pour les abcès du petit bassin, quelques-uns sont d'avis de les abandonner à eux-mêmes et d'attendre l'ouverture spontanée. Les autres, beaucoup plus nombreux, préfèrent les ouvrir dès que la fluctuation est bien évidente, plutôt que de s'exposer à une foule d'accidents graves qui peuvent arriver lorsqu'on reste inactif. M. Velpeau (2), madame Boivin (3), et beaucoup d'auteurs dont je citerai les noms à propos de l'ouverture vaginale, conseillent cette pratique. M. Récamier surtout la recommande et la suit depuis longues années; ses succès nombreux, dont j'ai été souvent témoin, militent en faveur de cette méthode.

Bossu, Martin de Bordeaux et Pujol (4) l'ont mise en usage dans des cas d'épanchements circonscrits de périonite, et ils ont guéri leurs malades; aussi M. Baudelocque regarde-t-il la question de l'ouverture artificielle, dans ces affections, comme décidée d'une manière affirmative.

Dans son mémoire sur les abcès de la fosse iliaque, qui ont tant de points de contact avec ceux du petit bassin, M. Grisolle (1) discute ce point intéressant de pratique et conclut aussi en faveur de l'ouverture artificielle.

L'efficacité de cette thérapeutique pourrait, je crois, être suffisamment jugée par la lecture des observations consignées dans ce mémoire; qu'il me soit seulement permis de rappeler sommairement les nombreux dangers auxquels on est exposé quand on abandonne les abcès du bassin à eux-mêmes. Le tableau de ces accidents fera ressortir les avantages qu'on retire de l'ouverture artificielle pratiquée à temps et convenablement.

Si on attend que l'abcès s'ouvre de lui-même, il peut se faire que la malade succombe à une péritonite par extension de l'inflammation, ou aux accidents généraux qu'entraîne la présence d'une certaine quantité de pus dans l'économie. Il peut arriver que l'épaisseur, souvent très-grande, des parois de la poche empêche ou retarde beaucoup la formation de l'ouverture spontanée. Ensuite le pus, au lieu de se créer une issue au dehors, se dirige quelquefois du côté du péritonite, et, en s'épanchant dans la cavité de cette séreuse, produit une inflammation mortelle, comme on peut le voir aux chapitres Terminaison et Anatomie pathologiques.

Quand l'ouverture se fait à la peau ou dans une cavité muqueuse, ce qu'on regarde comme une circonstance très-heureuse, elle arrive souvent à une époque trop avancée, lorsque la tumeur a pris un grand développement ou après que le pus s'est étendu au loin, à travers le tissu cellulaire, en produisant des décollements et des désordres irréparables. Enfin, dans beaucoup de cas, au moment de cette ouverture spontanée, le sujet, considérablement affaibli par une maladie longue et miné par la fièvre hectique, n'est plus en état de faire les frais de la guérison.

En effet, après l'évacuation du foyer, la suppuration continue souvent pendant un temps plus ou moins long; parfois elle est abondante et entretenue par des fistules interminables. Ces pertes continuelles augmentent la faiblesse de jour en jour, et finissent par faire succomber bon nombre des malades dans le marasme le plus effrayant.

En 1837, M. Velpeau, en examinant une femme qui portait un abcès du petit bassin, trouva une fluctuation évidente par le vagin. Il voulut pratiquer une ouverture par cette cavité; mais la malade s'y refusa et mourut d'épuisement, le pus s'étant fait jour au travers de la peau, à la région iliaque, et la suppuration ayant duré trop longtemps (Thèse de M. Piotay).

Il arrive encore fréquemment que l'abcès s'ouvre dans un point défavorable à l'écoulement du pus et que ce liquide séjourne dans une sorte de cul-de sac. C'est dans cette condition, qui empêche le foyer de se vider complétement, qu'on voit surtout survenir

---

(1) Voir les cahiers de septembre, p. 485, et d'octobre, page 66.

(2) Leçons orales, novembre 1839, et Dictionn. de méd., t. XII, art. Ovarite.

(3) Ouvrage cité, art. Abcès de l'ovaire.

(4) M. Baudelocque, ouvrage cité, p. 468.

(1) Archives générales de médecine, 1839 (les trois premiers mois).

la viciation du pus, l'inflammation des parois de l'abcès, les symptômes de résorption purulente et de fièvre hectique.

Enfin, quand la communication se fait avec une cavité muqueuse, comme la vessie ou le gros intestin, des substances étrangères, de l'urine, des matières fécales peuvent pénétrer dans l'intérieur du foyer, où elles entretiennent de l'inflammation. On observe alors souvent des accidents qu'on ne sait comment expliquer pendant la vie.

Une diarrhée qui remontait à plus d'un an, et dont on n'avait pu assigner la cause, produisit à la longue un épuisement mortel chez les deux malades dont M. Camus a présenté les lésions cadavériques à la Société anatomique en 1833. Ces lésions étaient, comme je l'ai déjà dit, deux kystes de l'ovaire communiquant avec le rectum et renfermant des matières fécales.

Après ce genre de terminaison, lorsque la suppuration continue, l'écoulement du pus ne se fait quelquefois que d'une manière intermittente. On en trouvera un exemple remarquable dans l'observation XIV. M. Chomel cite aussi, dans ses Leçons cliniques, deux malades de sa clientèle qui, atteintes d'abcès du petit bassin, avaient un écoulement purulent chaque deux ou trois mois, à la suite d'une tuméfaction plus considérable que de coutume dans la fosse iliaque. Cet état durait chez l'une d'elles depuis deux ans, et chez l'autre depuis huit ans, sans qu'aucun moyen eût pu le modifier (Thèse de M. Fichot).

Dans tous les cas, lorsque l'abcès s'ouvre spontanément, la guérison se fait toujours attendre beaucoup, c'est-à-dire deux ou trois mois, souvent six et même sept, comme on peut le voir dans la thèse que je viens de citer.

Au contraire, quand on pratique, à temps et avec les précautions nécessaires, l'ouverture de l'abcès dans le point où la fluctuation se prononce mieux, et qu'on devance ainsi la nature en suivant sa tendance, on soulage immédiatement la malade, on fait cesser les symptômes de suppuration, et on évite presque toujours les dangers mentionnés plus haut. Le sujet, quand on l'opère, a encore des forces; il est dans des conditions favorables à la guérison. De plus, l'ouverture linéaire qu'on pratique a beaucoup plus de tendance à se cicatriser que la plaie qui se fait spontanément, par ulcération, souvent avec perte de substance et avec des bords amincis.

On évite aussi, par ce moyen, les affections chroniques du col utérin, les catarrhes interminables du rectum, de la vessie, du vagin et de l'utérus. Ces lésions, qui peuvent compromettre, à la longue, l'existence des malades, ont été souvent observées par M. Gendrin dans des cas d'abcès ouverts spontanément dans les viscères que je viens de nommer (1). Elles dépendent très-probablement du contact du pus avec la muqueuse qui tapisse l'intérieur de ces organes, contact qui dure jusqu'à ce que l'ouverture de la tumeur soit complétement fermée.

Nous n'avons pas vu ces accidents se produire chez nos malades opérées par le vagin, sans doute parce qu'elles ont été guéries en peu de temps, sans conserver de fistule.

En ouvrant les abcès dans un point accessible, on a de plus l'avantage immense de pouvoir injecter dans leur intérieur des liquides de diverses natures pour déterger, modifier leur face interne et empêcher l'introduction de l'air.

Ce que j'ai dit des abcès peut s'appliquer en grande partie aux kystes fluctuants. Je sais que pour ceux-ci le danger est moins imminent, mais nous avons vu qu'ils pouvaient, à toutes les époques de leur développement, produire des accidents mortels, en tout semblables à ceux des abcès.

S'il existe des cas dans lesquels on peut opter entre l'ouverture artificielle et l'ouverture naturelle, il en est d'autres où le choix n'est pas permis. Ce sont les cas de tumeurs du petit bassin coïncidant avec la grossesse, gênant le développement de l'utérus et prédisposant à l'avortement, ainsi que l'a démontré madame Boivin dans son mémoire. Mais c'est surtout quand la tumeur met obstacle à la parturition que l'opération est nécessaire. Nous avons parlé des observations de Parck, Merriman et autres auteurs; nous citerons bientôt deux faits qui appartiennent à Lever et à Neuman, et dans lesquels une tumeur fluctuante produisant la distocie fut ponctionnée avec succès par le vagin.

M. Velpeau, dans son *Traité d'accouchements*, cite un grand nombre d'exemples de tumeurs du bassin empêchant ou rendant dangereuse la sortie du fœtus, et conseille de les vider ou de les extraire.

On conçoit, en effet, que, dans un danger aussi grand et aussi imminent, il est nécessaire de faire disparaître l'obstacle le plus tôt possible, sous peine de laisser périr la mère ou l'enfant, quelquefois l'un et l'autre, et on comprend que pour arriver à la délivrance une opération est indispensable.

De même, lorsqu'un abcès tarde trop à se faire jour au dehors et entraîne des accidents graves, tels que ceux de la fièvre hectique, on est obligé de tenter quelque chose pour la malade, surtout quand elle est sur le point de succomber.

Enfin il arrive souvent qu'un kyste du bassin, de l'ovaire, par exemple, acquiert un développement considérable et compromet l'existence en troublant certaines fonctions, par la compression violente qu'il exerce sur les parties voisines. Alors, la malade suffoquant, en proie à une vive douleur et demandant avec instance du soulagement à ses maux, on est forcé de pratiquer l'ouverture du kyste.

Etant donnée une tumeur fluctuante du petit bassin, si, par une raison quelconque, on est conduit à en pratiquer l'ouverture, on doit choisir le point où la fluctuation est le plus évidente, le plus superficielle où on a le moins de chance de léser le péritoine, une artère, ou un organe important. Quand on a le choix, on doit aussi préférer la partie la plus déclive de la tumeur, afin de rendre l'écoulement du liquide plus facile.

La fluctuation se prononce-t-elle à l'hypogastre, vers les fosses iliaques ou au-dessus du ligament

(1) Thèse de M. Fichot.

de Poupart, c'est là qu'on pratiquera l'ouverture, si la sensation du flot n'est pas perçue par le vagin.

Je ne veux pas décrire cette opération; je me contenterai de dire que, comme on n'est jamais absolument sûr qu'il y ait des adhérences solides et assez étendues entre la tumeur et les parois abdominales, il est prudent de chercher d'abord à produire ces adhérences indispensables.

On fait donc, sur le point qu'on a choisi pour l'ouverture, une escharre plus ou moins large, au moyen du caustique de Vienne; et, suivant la profondeur à laquelle on veut arriver, on fait une seule application de caustique, ou on en fait plusieurs, à un jour d'intervalle.

J'ajouterai, à propos de ce moyen préparatoire, que lorsqu'on répète la cautérisation, il est avantageux, au lieu d'enlever toute l'escharre, de n'en exciser que la partie moyenne, et de laisser ainsi à la circonférence une lisière mortifiée, large de plusieurs millimètres. Cette espèce de bordure garantit parfaitement la peau et les parties circonvoisines vivantes de l'action du caustique dans l'application suivante.

Quand on est arrivé très-près du foyer, et qu'on suppose les adhérences formées, ce qu'on reconnaît ordinairement à l'impossibilité de faire glisser les parois abdominales sur la tumeur, on pratique sur l'escharre ou dans le fond de la perte de substance, une ponction ou une incision. Mais jamais on ne doit donner issue au liquide à travers les parois du ventre, sans avoir cherché soigneusement si la fluctuation se prononce dans le vagin; car alors il est préférable de pratiquer l'ouverture par ce canal, auquel correspond la partie déclive de la tumeur.

Cette opération, qui remonte à Callisen (1), est généralement peu connue, et encore moins employée. C'est pourquoi je vais entrer dans quelques détails en la décrivant.

Vers la fin du siècle dernier, elle a été pratiquée par Macarn (2), et depuis cette époque par Pelletan (3), Dupuytren (4), Alph. Leroy (5), Neuman (obs. XVIII), Lever (obs. XVII), Merriman (6); par MM. Roux (obs. VII), Velpeau (7), P. Dubois (obs. XVI), Nonat (obs. XIX), plusieurs fois par M. Robert (obs. XIV), et tout dernièrement par M. Monod (obs. XV).

Mais c'est, sans contredit, M. Récamier qui a le plus souvent pratiqué cette opération. Pour ma part, je connais huit des faits nombreux dans lesquels cet habile praticien a employé la ponction ou l'incision vaginale (obs. I, II, VIII, IX, X, XI, XII, XIII), et ce sont autant de succès. En les publiant avec ceux que j'ai pu trouver dans la science, ou qui ont été communiqués par des chirurgiens, j'espère encourager les praticiens à se servir de ce procédé opératoire, qui est, je crois, destiné à prendre un rang distingué dans la thérapeutique chirurgicale.

Cette dernière opinion est, du reste, entièrement partagée par MM. Tavignot (1) et Camus (2), qui se sont occupés de tumeurs fluctuantes du bassin et de leur ouverture par le vagin.

Cette opération, conseillée par MM. Laugier (3) et Migaud (4) dans différents articles scientifiques, consiste à traverser les parois du vagin avec un instrument tranchant pour atteindre une tumeur fluctuante placée au voisinage de ce canal (5).

Le procédé opératoire, quoique simple, exige néanmoins de grandes précautions, et je pense qu'il est utile de le décrire avec détails.

Et d'abord, pour ne pas s'exposer à des lésions graves, on doit, avant d'opérer, se rappeler parfaitement les rapports du rectum et de la vessie avec le vagin, et la manière dont le péritoine se comporte à l'égard de ce dernier organe. Tout le monde sait qu'il tapisse le quart, quelquefois même le tiers supérieur de sa paroi postérieure, au niveau du cul-de-sac recto-vaginal. Cette disposition du péritoine paraîtrait devoir empêcher de pratiquer l'ouverture du vagin dans certains cas. Mais j'ai déjà dit que, lorsqu'une tumeur se développait dans le tissu cellulaire du côté du petit bassin, elle soulevait plus ou moins le péritoine pelvien. J'ajouterai ici qu'il arrive dans ce cas ce qui arrive quand la vessie se remplit d'urine. On sait qu'elle remonte dans l'hypogastre derrière la paroi abdominale, en refoulant supérieurement le péritoine, qu'elle décolle, en quelque sorte; d'où il résulte la possibilité de pra-

(1) Systema chirurgiæ hodiernæ, t. II, p. 59.

(2) Macarn, chirurgien de Turin, écrivit en 1788, à l'Académie de chirurgie, une lettre dans laquelle il disait avoir trois exemples de paracentèse pratiquée par le vagin chez la femme et par le rectum chez l'homme. A cette occasion le chirurgien Allan rappela à l'Académie qu'en 1767 il avait présenté à la compagnie un mémoire dans lequel il recherchait si la paracentèse exécutée de cette manière ne réussirait pas mieux que lorsqu'on la pratique en divers points de la circonférence du ventre (Sabatier, Médec. opér., t. I, p. 210).

(3) Une femme portait une tumeur dans la paroi gauche du vagin; Dupuytren croyait à une hernie. Pelletan, en l'incisant largement par le vagin, démontra que c'était un kyste (Gaz. méd., 1835, p. 544.)

(4) Leçons orales, t. III, p. 531, édit. 1839.

(5) M. Alph. Leroy pratiqua par le vagin, à l'aide du pharyngotome, l'ouverture d'un abcès du petit bassin; la femme se rétablit bien (Mém. de M. Baudelocque, p. 474).

(6) Med. chir. Transact., vol. X.

(7) Dans sa Médecine opératoire, t. IV, p. 350, M. Velpeau dit: « En plongeant un bistouri dans le cul-de-sac « recto-vaginal, j'ai guéri une dame d'un énorme foyer sanguin, et plusieurs autres malades, qui ont ensuite rendu « par cette voie une quantité considérable de pus. »

(1) M. Tavignot, dans les conclusions de son mémoire, dit que la ponction vagino-ovarienne, toute récente encore, semble appelée à d'heureux résultats.

(2) En terminant son travail, M. Camus dit: De la comparaison des faits que je viens de citer, et de beaucoup d'autres inscrits dans la science, on peut déduire le corollaire suivant: que l'évacuation artificielle de ces tumeurs (abcès) par le vagin est préférable à l'évacuation spontanée par le rectum, et qu'on ne doit désirer celle-ci que dans les cas où la tumeur est inaccessible par le vagin.

(3) Dict. méd., t. V, p. 68.

(4) Dict. des Etud. méd. prat., art. Abdomen.

(5) Une opération analogue est recommandée par les auteurs dans les cas de grossesse extra-utérine placée entre le rectum et le vagin.

tiquer la taille sus-pubienne. Un déplacement du péritoine, analogue à celui-là, se produisant lorsqu'une tumeur se développe derrière le vagin, on conçoit qu'il est possible de pratiquer l'ouverture sur tous les points de la paroi postérieure de ce canal sans craindre de pénétrer dans la cavité péritonéale.

Il arrive quelquefois qu'on n'est pas absolument sûr de la situation de la tumeur par rapport au péritoine, mais ces cas sont fort rares; car toutes les fois que la tumeur fait une saillie bien prononcée dans le vagin, qu'elle semble faire corps avec lui, on a déjà beaucoup de présomptions pour croire qu'elle est placée sous le péritoine, ou qu'au moins, si elle est renfermée dans sa cavité, des adhérences se sont établies entre elle et le feuillet séreux du cul-de-sac recto-vaginal. On acquiert encore plus de certitude quand, en percutant la tumeur par le vagin, on ne perçoit pas une sensation analogue au ballottement de la grossesse, et enfin lorsque ses rapports avec le vagin ne changent pas dans les différentes positions qu'on fait prendre à la malade.

J'ai dit qu'en supposant la tumeur intra-péritonéale, si elle présente les caractères que je viens d'indiquer, elle est adhérente au vagin. C'est du moins ce qui arrive le plus ordinairement lorsqu'on a affaire à un abcès.

En effet, que ce soit une ovarite ou une péritonite circonscrite qui ait produit la collection purulente, le travail inflammatoire détermine presque nécessairement des adhérences entre le foyer et le vagin qui lui est adjacent.

Restent maintenant les kystes des annexes de l'utérus qui sont libres dans la cavité abdominale. Quant à ceux-là, il est évident que, pour les atteindre par le vagin, on est obligé de traverser le péritoine. Aussi ne doit-on les ouvrir par ce procédé que lorsqu'ils font une saillie marquée dans le vagin, et qu'on y rencontre une fluctuation bien évidente. Dans ce cas on ne court pas plus de danger, pour l'épanchement abdominal, en les opérant de cette manière, qu'en les ouvrant à travers les parois du ventre, comme on le fait journellement; et même, par le premier procédé, on a l'avantage immense qu'offre une ouverture placée à la partie inférieure de la tumeur, pour l'écoulement libre et complet du liquide.

On doit encore, avant de pratiquer l'opération, s'assurer par le toucher de la position exacte des artères utérines, qui sont souvent volumineuses dans les affections dont il est ici question. De tout temps on a observé et noté un développement vasculaire quelquefois considérable dans les kystes de l'ovaire. J'ai remarqué ce développement anormal dans plusieurs cas d'engorgement phlegmasique du petit bassin. Il m'est arrivé plusieurs fois de sentir, avec le doigt, les battements d'une ou de plusieurs artères sur les côtés du col utérin. On comprend qu'il est nécessaire de s'en éloigner toujours le plus possible pour éviter une hémorrhagie qui pourrait devenir mortelle.

Pour pratiquer, par le vagin, l'ouverture d'une tumeur fluctuante du petit bassin, on se sert d'un long trois-quarts ou d'un bistouri garni convenablement de linge.

M. Récamier emploie habituellement un instrument qu'il a imaginé et qui a de l'analogie avec le pharyngotome. Il consiste en un bistouri convexe dont la pointe et le tranchant sont masqués à volonté par une lame d'argent de même forme, mais un peu plus large. Cette lame glisse sur le dos du bistouri au moyen d'une coulisse, et se termine, du côté du manche, par un prolongement qui sert à le faire mouvoir (1).

La femme étant couchée sur le dos, les cuisses et les jambes écartées, demi-fléchies, et les mains d'un ou de plusieurs aides pressant de haut en bas sur le ventre, M. Récamier procède de la manière suivante (2) : il introduit l'index de la main gauche dans le vagin et reconnaît exactement le point sur lequel il veut agir. Alors il fait pénétrer l'instrument dans la même cavité, en suivant la pulpe du doigt. Pendant cette introduction, la lame est maintenue cachée; mais arrivée à une profondeur convenable, il la démasque d'une certaine longueur et la plonge dans la tumeur jusqu'à ce qu'il éprouve la sensation d'une résistance vaincue, et qu'il sente ou voie un liquide s'écouler.

La boutonnière qui résulte de cette ponction est faite ordinairement dans le sens vertical, afin d'éviter plus sûrement les artères utérines. Alors, l'instrument étant retiré avec les mêmes précautions que lors de son introduction, on reconnaît, avec le doigt, la longueur de la solution de continuité, l'épaisseur et la résistance des parois de la tumeur.

Si, pour quelque motif, on veut agrandir la plaie, on incise ses angles avec un bistouri boutonné coupant seulement dans l'étendue de deux ou trois centimètres, vers son extrémité, et conduit à plat sur la pulpe de l'index. On ferait pénétrer, de la même manière, un bistouri droit ordinaire, si on n'avait pas le pharyngotome de M. Récamier pour pratiquer la ponction de la tumeur.

Dans les divers temps de l'opération, il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin.

Quand on opère sur la paroi postérieure du vagin, par exemple, on doit, avant d'agrandir la première ouverture, reconnaître par le rectum à quelle distance de cet intestin se trouve l'angle inférieur de la plaie.

Lorsqu'on rencontre un liquide épais, visqueux, qui s'écoule difficilement, on lance avec assez de force, dans le foyer, à l'aide d'une seringue, une certaine quantité d'eau tiède qui délaye et entraîne la matière contenue. M. Récamier, dans un cas

---

(1) Voir planche II, figure 4, vol. II, Recherches sur le traitement du cancer, par M. Récamier. L'auteur n'a apporté depuis qu'une légère modification à cet instrument. Il a fait donner plus de longueur au prolongement postérieur de la gaîne, afin d'agir de plus loin sur celle-ci.

(2) Je décris le procédé de M. Récamier parce que c'est celui que j'ai vu employer le plus souvent, et parce qu'il me paraît réunir tous les avantages désirables.

(obs. X), a broyé, détaché, avec le doigt, du sang caillé qui adhérait aux parois de la tumeur.

Dans tous les cas, on facilite l'écoulement du liquide en pressant sur le ventre; on continue cette compression en appliquant, immédiatement après l'opération, un bandage de corps bien serré qui refoule les viscères abdominaux de haut en bas du côté de la tumeur: une pyramide de compresses placée au niveau de celle-ci, sous le bandage de corps, la comprime directement.

De cette manière, on sollicite le retrait de la tumeur et on diminue déjà les chances de l'introduction de l'air dans le foyer; circonstance qui expose, comme on sait, à des accidents graves, tels que la viciation du liquide, l'inflammation des parois de la tumeur, etc.

Outre la compression, M. Récamier recommande d'autres moyens préventifs auxquels il attache beaucoup d'importance. Il fait faire deux ou trois fois par jour des injections d'eau tiède dans l'intérieur de la poche, et il recommande de tenir celle-ci remplie d'eau. Pour arriver à ce but, il faut avoir soin de pousser la fin de l'injection avec très-peu de force, afin de ne pas mettre en jeu l'élasticité des parois de la tumeur et de ne pas établir un courant rapide: de plus, on doit maintenir le siége de la malade élevé sur des coussins, de manière que l'ouverture de la tumeur soit continuellement placée le plus haut possible, par rapport à son bas-fond.

La compression du ventre, les injections et la position indiquée doivent être continuées tant que la tumeur a des parois trop épaisses et trop résistantes pour revenir suffisamment sur elle-même. Mais lorsque ces parois ont perdu de leur épaisseur, qu'elles ont acquis assez d'élasticité pour suivre le retrait du liquide, ou qu'enfin elles se sont rapprochées et agglutinées presque complétement, on permet à la malade de quitter sa position, qui est toujours difficile à garder.

On continue cependant les injections jusqu'à la disparition complète de la cavité. Elles ont, outre les avantages dont nous avons déjà parlé, celui d'empêcher l'ouverture de se fermer trop tôt. La canule de la seringue introduite fréquemment remplace avantageusement les sondes que quelques chirurgiens placent à demeure dans la plaie pour en prévenir l'oblitération trop prompte (obs. XIV, XV et XX). Les sondes, en effet, sont souvent très-difficiles à maintenir dans l'ouverture, sourtout quand la cavité de la tumeur est beaucoup rétrécie.

Cependant, si on pratiquait une ponction simple à l'aide d'un trois-quarts, il faudrait faire tous ses efforts pour laisser la canule dans la plaie jusqu'à entière guérison, car si elle sortait avant, on courrait la chance de ne plus pouvoir la replacer (obs. XIV) ou de pénétrer dans le péritoine en faisant des tentatives pour l'introduire de nouveau (obs. XX).

Pour n'omettre aucun détail de quelque importance, j'ajouterai ici qu'en faisant les injections il faut avoir soin de pousser le liquide jusqu'au bout de la canule avant de l'introduire; de conduire et de diriger celle-ci sur la pulpe du doigt, pour arriver directement dans la plaie, sans tâtonner, et pour éviter de faire souffrir la malade. Je recommanderai enfin de ne pas pousser le piston de la seringue jusqu'au bout, une certaine quantité d'air étant placée ordinairement entre la surface du liquide et ce piston; sans cette précaution, on s'exposerait à lancer de l'air dans la cavité de la tumeur, ce qu'on doit toujours craindre.

Dans les jours qui suivent l'opération, des bains, des cataplasmes et les autres moyens adoucissants sont ordinairement nécessaires. Il est inutile de dire que s'il arrive des complications, on les combat comme à l'ordinaire.

Aussitôt que la malade est en état de digérer, on doit s'empresser de la nourrir; et même quand la faiblesse et l'épuisement sont considérables, on est souvent obligé d'employer les toniques et un régime très-fortifiant.

Si l'ouverture restait fistuleuse, on ferait dans le foyer des injections d'eau salée, acidulée, ou chargée de principes plus ou moins irritants; on recommanderait à la malade de chercher à prendre de l'embonpoint. Je pense même que, dans ces cas, une grossesse pourrait bien avoir une heureuse influence sur la guérison. Boyer et M. Rayer ont conseillé ce moyen à deux femmes qui portaient des fistules à la paroi abdominale antérieure, et ils ont obtenu chacun un succès.

Quelquefois, malgré tout ce qu'on peut faire, les fistules persistent indéfiniment. Mais ces lésions ont été observées à la suite des ouvertures spontanées, tandis que nous ne les avons jamais vues se produire après l'ouverture artificielle pratiquée par le vagin. Cette circonstance digne de remarque prouve encore en faveur de la thérapeutique chirurgicale que nous recommandons spécialement dans ce travail, et dont la valeur pourra être encore appréciée dans les observations suivantes.

Observation huitième. — *Abcès situés derrière l'utérus et dans le ligament large; ouvertures pratiquées par le vagin.—Guérison.*

Une femme de 31 ans, parfumeuse, entre le 22 janvier 1840 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare (service de M. Récamier). Elle est habituellement d'une bonne santé et bien réglée. Elle fit, il y a un an et demi, une fausse couche dont elle s'est bien rétablie, et en peu de temps. Il y a trois semaines, après un retard de huit jours, ses règles vinrent abondamment avec des douleurs dans le côté gauche du ventre et se prolongèrent en pertes. Le 19 janvier il survint de la fièvre; en même temps la malade sentit une tumeur dans le côté gauche de l'hypogastre avec douleurs lancinantes. A son entrée, on constate que cette tumeur est extrêmement sensible et qu'elle fait une saillie marquée sur la peau. Elle s'étend jusqu'à la ligne médiane; elle est un peu mobile, dure et bilobée, de manière à présenter une portion inférieure profonde et médiane, et une portion supérieure plus superficielle et latérale. On retrouve ces caractères par le rectum et le vagin, et, en faisant cette exploration, on trouve de la fluctuation dans la tumeur médiane. Le col utérin est normal, mais sur ses côtés on sent battre deux artères volumineuses. Émission des

urines difficile et constipation depuis trois ou quatre jours; pesanteur sur le siége, douleurs dans les lombes, la cuisse et l'aine du côté gauche. Un peu de fièvre; faiblesse considérable. (Bain. Cat. Lav. Laxat.)

Le 1er et le 2 février, il survint des frissons irréguliers. Le 3, M. Récamier toucha de nouveau et, trouvant une fluctuation évidente derrière le col de l'utérus, il pratiqua une incision verticale sur le milieu de la paroi postérieure du vagin. Il ne s'écoula d'abord que du sang; mais les jours suivants il sortit du pus sanguinolent, et la malade se trouva soulagée de toutes ses souffrances.

Le 6, la fièvre revint avec du malaise et devint continue sans frissons.

Le 10, quelques vomissements; ventre sensible: l'écoulement a cessé. La plaie est fermée, et le 11, en touchant, pendant qu'un aide presse sur le bas-ventre, on sent, à gauche de l'ouverture cicatrisée, une tumeur dans laquelle la fluctuation est manifeste. On pratique une nouvelle incision un peu à gauche de la première, et il sort immédiatement une grande quantité de pus sanguinolent d'une odeur fétide, alliacée. (Bains. Injections dans le foyer. Cat.)

Les jours suivants, l'écoulement est de moins en moins abondant, perd son odeur fétide; le volume de la tumeur va en diminuant, et la malade commence à reprendre des forces. On continue les injections et on nourrit peu à peu.

Le 24, l'ouverture est complétement oblitérée et on ne retrouve plus de tumeur. Enfin, le 25, la malade sort parfaitement guérie, sans avoir éprouvé aucun accident depuis la dernière opération, si ce n'est une légère bronchite.

— Cette observation présente de l'intérêt sous plusieurs rapports. D'abord, pour la cause, on ne peut raisonnablement la rapporter à une fausse couche qui datait de 18 mois. Comme la maladie a débuté après un retard de règles, il est bien plus rationnel, à mon avis, de l'attribuer à ce trouble de la menstruation.

Ensuite on peut voir, pour le diagnostic, comment le toucher et le palper hypogastriques ont fourni des renseignements assez positifs pour permettre de reconnaître que, des deux tumeurs accolées, l'inférieure, profonde et médiane, était située derrière l'utérus, tandis que la supérieure, latérale et plus superficielle, occupait le ligament large au voisinage de l'ovaire.

La première incision, faite sur la tumeur médiane, n'a d'abord donné issue qu'à un peu de sang; c'est plus tard seulement que du pus s'est écoulé de la plaie. Cette circonstance me fait présumer que, lorsqu'on a pratiqué l'ouverture, la suppuration était encore diffuse. Toutefois, immédiatement après l'opération, la tumeur a cessé, l'émission des urines s'est faite normalement; la constipation seule a persisté, mais on en comprend bien la raison si on songe que la tumeur latérale, intacte, descendant derrière le vagin, comprimait la fin du gros intestin.

Cette collection purulente ne communiquant pas avec la première, on fut obligé de pratiquer sur la paroi postérieure du vagin, et un peu à gauche, une nouvelle ouverture, qui donna issue à une grande quantité de pus offrant une odeur alliacée.

Enfin la malade sortit entièrement guérie après un mois et trois jours de séjour à l'hôpital. On peut, je crois, se demander, si, en laissant les tumeurs s'ouvrir naturellement, la guérison eût été aussi prompte et aussi parfaite.

Observation neuvième. — *Abcès du ligament large ouverts artificiellement par le vagin et au travers des parois abdominales. — Guérison.*

La nommée Lasaigne, âgée de 20 ans, brossière, entre le 1er février 1840 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 1 (service de M. Récamier). Elle est accouchée heureusement, il y a cinq semaines, de son premier enfant. Depuis ce temps, elle a souffert du ventre et s'est aperçue qu'une tumeur se formait dans le bas-ventre, à droite; il y a eu de la fièvre, avec frissons et quelques vomissements.

A son entrée, elle est pâle; ses yeux sont excavés. Il y a des frissons irréguliers dans le jour, et des sueurs pendant la nuit. Pouls petit et fréquent; douleur pendant la défécation et l'émission des urines. On constate, dans le côté droit de l'hypogastre, la présence d'une tumeur dure et résistante, du volume d'une grosse pomme. Par le vagin, on trouve de la fluctuation à droite et en arrière du col de l'utérus. M. Récamier pratique immédiatement une incision antéro-postérieure sur ce point, aucune pulsation n'indiquant la présence d'une artère. Aussitôt un flot abondant de pus de bonne nature inonde les organes génitaux et le lit de la malade. En comprimant le ventre, on facilite l'écoulement du liquide, et on sent la tumeur s'affaisser. (Inject. dans le foyer. Bains. Cat.)

Le lendemain, la malade se trouve très-bien; elle a dormi assez bien et tous les symptômes sont singulièrement amendés. Depuis lors l'état général s'améliore de jour en jour. Cependant, le pouls reste fréquent, l'émission des urines douloureuse, et une sensibilité vive persiste dans le côté droit de l'hypogastre. La tumeur, du côté du vagin, diminue considérablement, ainsi que la quantité de la suppuration; mais on sent toujours de la résistance vers la fosse iliaque.

Le 26, une tumeur fait saillie à l'aine, au-dessus du ligament de Fallope, et devient le siége de vives douleurs avec élancements et pulsations. Le moindre mouvement du membre inférieur droit, et surtout son extension, augmente beaucoup les souffrances.

Le 27, on reconnaît de la fluctuation à l'aine. Il y a des sueurs nocturnes abondantes et une fièvre continue. L'ouverture faite par le vagin est cicatrisée.

Le 29, deux morceaux de potasse caustique sont appliqués sur le point le plus saillant et le plus déclive de la tumeur. Le lendemain on fend l'escharre et on place dans la plaie deux nouveaux fragments de potasse.

Le 2 mars, M. Récamier incise dans le fond de la solution de continuité obtenue par le caustique et donne issue à une grande quantité de pus séreux

et répandant une odeur fétide fortement alliacée.

Immédiatement après cette nouvelle opération, il y eut un soulagement remarquable; les mouvements du membre inférieur cessèrent promptement de déterminer de la douleur. Cependant, quelques jours plus tard, la malade fut prise d'une diarrhée légère, avec météorisme et malaise. Heureusement cette indisposition ne dura que très-peu de temps. Bientôt l'état général s'améliora d'une manière notable; l'appétit revint ainsi que le sommeil; le teint se colora, et la malade reprit des forces. La plaie produite par la chute de l'escharre se cicatrisa peu à peu; la tumeur se réduisit au volume d'une noix et l'écoulement alla en diminuant. Seulement la suppuration ayant pris un peu d'odeur, on fut obligé d'y remédier par des injections.

Enfin le 25 mars, l'ouverture était oblitérée; la la malade avait repris de l'embonpoint, et le 29 elle sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement rétablie. Nous avons eu l'occasion de la voir depuis, et nous avons pu nous convaincre que sa santé était florissante.

— La maladie dont je viens de tracer l'histoire abrégée est un exemple bien tranché de ces engorgements phlegmoneux qui se développent si souvent dans les ligaments larges à la suite des couches. En effet, c'est immédiatement après l'accouchement qu'est survenue la douleur accompagnée de réaction fébrile; et quelques jours seulement s'étaient écoulés lorsque la tumeur de l'hypogastre a été remarquée par la malade elle-même. Cette tumeur fut ouverte par la vagin dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital. On espérait qu'une incision pratiquée à la partie déclive suffirait pour amener la guérison; mais une nouvelle fluctuation vint bientôt se prononcer au-dessus du ligament de Fallope, et on fut contraint de pratiquer une ouverture sur ce point.

Malgré la gêne du mouvement observée du côté du membre inférieur, symptôme qui pourrait faire penser au phlegmon iliaque, il est très-probable que la dernière collection purulente n'a pas été formée dans la fosse iliaque, mais a procédé du ligament large; car le symptôme dont nous venons de parler ne s'est montré qu'au moment où le pus est venu faire saillie à l'aine.

Quoi qu'il en soit, on ne peut douter de l'efficacite du traitement, puisque, malgré la gravité de la maladie et l'affaiblissement du sujet, la guérison fut complète au bout de deux mois.

Observation dixième. — *Tumeur sanguine très-volumineuse remplissant tout le petit bassin; ouverture par le vagin. — Guérison.*

Une femme de 28 ans fit une fausse couche de trois semaines. Pendant six semaines, du sang s'écoula par le vagin. Le doigt introduit dans ce canal rencontra une tumeur très-volumineuse remplissant exactement le petit bassin, refoulant le rectum en arrière et en avant le col de la matrice, derrière l'arcade du pubis. En plaçant la main sur l'abdomen, on sentit que la tumeur s'élevait au-dessus du bassin, qu'elle était immobile. La fluctuation par le vagin était évidente. M. Récamier incisa la paroi postérieure du vagin et ouvrit le kyste. Une grande quantité de sang et des caillots furent extraits, et l'on fit plusieurs fois dans la journée des injections d'eau tiède pour débarrasser la partie supérieure de la tumeur. Je tiens de M. Récamier lui-même que la malade se rétablit parfaitement. (*Dict. méd.*, T. V, pag. 68.)

Observation onzième. — *Abcès siégeant dans la paroi recto-vaginale; incision pratiquée par le vagin. — Guérison.*

Une jeune femme de 23 ans, d'une bonne constitution, s'étant refroidie après un accouchement, fut prise de métro-péritonite. M. le docteur Portalès, mandé, triompha promptement de cette affection grave par un traitement antiphlogistique énergique. Mais, à peine convalescente, la malade voulut reprendre ses occupations et fit une rechute. Cette fois M. Portalès trouva dans le petit bassin une tumeur dure, sensible, du volume d'un grosse pomme, placée entre le rectum et le vagin. M. Récamier, appelé en consultation, conseilla de combattre les accidents par les moyens ordinaires, et d'épier le moment où la fluctuation se prononcerait du côté du vagin.

Bientôt les symptômes qui annoncent la suppuration apparurent, et on perçut manifestement la sensation du flot, en touchant par le rectum en même temps. La tumeur faisant une très-forte saillie dans cet intestin, la constipation était opiniâtre; le peu de matières fécales qu'on parvenait à faire sortir était aplati comme une pièce de 5 francs.

M. Récamier vit alors la malade pour la seconde fois et pratiqua, séance tenante, l'incision de la tumeur au travers de la paroi postérieure du vagin.

Il sortit une grande quantité de pus, et il y eut aussitôt un soulagement considerable. On fit des injections dans la cavité; on prescrivit des bains, et 10 jours après l'opération la malade commença à se lever. Cette fois il n'y eut pas de rechute, et la guérison ne se fit pas attendre. M. Portalès, qui m'a donné lui-même tous ces détails, a eu la bonté de me faire voir la femme, qui se porte aujourd'hui à merveille.

Observation douzième. — *Abcès énorme placé entre l'utérus et le rectum, remontant dans l'hypogastre; ouverture pratiquée par vagin. — Guérison.*

A peu près à la même époque où le fait précédent se passait, M. Récamier fut appelé en consultation, rue de Vaugirard, pour une malade qui portait une tumeur très-volumineuse placée entre le rectum et l'utérus, et remontant au-dessus du pubis. L'affection était survenue à la suite d'une chute sur le siége. M. Récamier, trouvant manifestement de la fluctuation dans la vagin, pratiqua l'ouverture de la tumeur par cette cavité. Il sortit un flot très-considérable de matière purulente, et la malade guérit parfaitement.

Observation treizieme. — *Abcès placé derrière l'utérus; incision par le col de cet organe. — Guérison.*

M. Récamier fut consulté, il y a quelques années, pour la femme d'un médecin de province. Cette dame souffrait du côté du bassin depuis assez longtemps. Après l'avoir examinée et touchée avec beaucoup de soin, M. Récamier découvrit une tumeur sphéroïde, du volume d'un œuf de pigeon, placée entre l'utérus et le rectum. Par cet intestin, on constatait de la fluctuation; et par le toucher vaginal, on éprouvait la même sensation en introduisant le doigt dans le col utérin suffisamment et naturellement dilaté. Comme la collection de liquide paraissait très-rapprochée de la paroi postérieure de ce conduit, on se décida à lui livrer issue à travers cette paroi.

M. Récamier, portant l'index de la main gauche dans le col de l'utérus, dirigea sur la pulpe de ce doigt tournée en arrière un bistouri convexe qu'il plongea dans la tumeur. Il sortit plusieurs cuillerées de pus. Après cette ponction, et dans l'intention de favoriser son écoulement, M. Récamier agrandit la plaie inférieurement, en incisant complétement la lèvre postérieure du museau de tanche qui faisait une espèce d'éperon. Pendant cette nouvelle manœuvre, l'index de la main gauche, introduit dans le rectum, guidait médiatement l'instrument, afin d'éviter qu'il n'allât trop loin. Il s'écoula encore un peu de pus pendant quelques jours; on fit des injections vaginales fréquentes, et la guérison fut bientôt complète.

Observation quatorzième. — *Tumeur purulente d'un volume considérable située entre le rectum et la matrice; ponction par le vagin. — Guérison.*

En 1837, M. le docteur Camus donna des soins à une dame de 30 ans qui, à la suite de tentatives d'avortement, eut une métrite aiguë et une métrorrhagie qui dura six semaines. Cette malade étant entrée ensuite à l'hôpital de l'Oursine. M. Robert reconnut une tumeur volumineuse derrière l'utérus. Deux mois après, M. Camus revoit la malade chez elle, trouve de la fluctuation dans le vagin, et propose d'ouvrir la tumeur par cette voie. MM. Robert et Michon, consultés dans cette circonstance grave, sont du même avis.

En conséquence, le 6 août, M. Robert ponctionna la partie saillante de la paroi postérieure du vagin avec un trois-quarts courbe. Il s'écoula deux litres de pus homogène, assez consistant et d'une odeur fétide. On fit plusieurs injections dans le kyste, et on y maintint la canule en la bouchant. Le quatorzième jour, celle-ci étant sortie depuis quelque temps, les souffrances, d'abord diminuées, revinrent, et on fut obligé de placer à demeure dans l'ouverture une sonde fermée qu'on remplaça par une sonde en caoutchouc. Cet instrument sortit bientôt de lui-même, et une matière fétide continua de couler de temps en temps. Enfin, l'écoulement se faisant trop difficilement, il survint des accidents du côté du bassin, et on fut obligé d'agrandir l'ouverture avec le bistouri. On maintint cette fois, avec soin, deux sondes dans la plaie, jusqu'à ce que la tumeur fût réduite à un petit noyau, et que le pus fût remplacé par un liquide visqueux analogue à la synovie. Alors la guérison ne se fit pas attendre, et elle fut durable. (*Revue méd.*, 1838, p. 42.)

M. Robert a pratiqué plusieurs fois cette opération pour des cas analogues à celui-là, et il m'a assuré qu'elle lui avait toujours bien réussi.

Observation quinzième. — *Abcès du ligament large ouvert artificiellement et avec succès par le vagin.*

Une femme de trente ans, mal portante et souffrant souvent du ventre depuis huit ans, c'est-à-dire depuis une couche à la suite de laquelle elle a eu une inflammation du bas-ventre, entre, le 12 juin 1841, à la Maison royale de Santé, dans le service de M. Monod. Depuis dix-huit mois ses règles, habituellement abondantes, diminuent de plus en plus, et chaque fois leur écoulement est accompagné de coliques très-fortes. Il y a un mois, sans cause connue, il survint des douleurs très-vives dans le côté droit du ventre, avec pesanteur sur le siége, constipation et envies fréquentes d'uriner. Ces symptômes, qui parurent d'abord d'une manière intermittente, étaient devenus continus, lorsque la malade entra à la Maison de Santé. A cette époque, l'état général était des plus mauvais. La malade, pâle, maigre et très-affaiblie, avait perdu le sommeil et l'appétit. Ses règles, qui étaient arrivées pendant tous ces accidents, avaient pris le caractère d'une métrorrhagie et duraient depuis dix-huit jours.

M. Monod, portant son attention du côté du bassin, reconnut dans le côté droit de l'hypogastre une tumeur douloureuse, du volume d'une orange, qui descendait en arrière et sur le côté droit de l'utérus. Dans cette exploration on trouva une correspondance de fluctuation entre le bas-ventre et le vagin, dans lequel la tumeur faisait une saillie très-prononcée.

Le 14 juin, M. Monod pratiqua une ponction sur la paroi postérieure du vagin à l'aide d'un bistouri garni convenablement. Il ne s'écoula tout d'abord qu'une petite quantité de pus mélange de sang; mais ensuite il sortit de la matière purulente pure et en abondance. L'opération produisit un prompt soulagement et une amélioration dans l'état général; mais cinq ou six jours après, l'ouverture s'étant fermée, les souffrances du ventre augmentèrent et, la fluctuation reparaissant, on pratiqua une nouvelle ponction. Plus tard on introduisit, deux jours de suite, une sonde de caoutchouc dans la plaie pour l'empêcher de se fermer.

Le 3 juillet, vingt jours après l'opération, la malade ne souffrait plus, la tumeur avait presque entièrement disparu; il sortait à peine quelques gouttes de pus par la vagin, les forces commençaient à revenir, ainsi que le sommeil et l'appétit; tout enfin faisait espérer une prompte guérison.

J'ai appris depuis que l'écoulement purulent continuait encore, et qu'il était survenu du côté

du bassin quelques symptômes inflammatoires pour lesquels on avait été obligé de faire deux applications de sangsues dans les aines.

Observation seizième. — *Kyste de l'ovaire renfermant vingt livres environ d'une matière épaisse comme de la bouillie, de plus, des tubercules et des masses d'hydatides. Incision de la tumeur par le vagin. — Amélioration momentanée; mort après un mois.—Autopsie.*

Au rapport de madame Boivin, une femme malade à la Maison royale de Santé, en 1826, portait une tumeur qui remplissait tout le ventre et qui remontait jusqu'à la face inférieure du foie, avec lequel elle avait contracté des adhérences. Elle soulevait la paroi postérieure du vagin, ce qui fut constaté par le toucher. M. Paul Dubois en fit l'incision au travers des parois vaginales, et il sortit environ vingt litres d'une matière analogue à de la bouillie pour la consistance. Après la déplétion du kyste, l'utérus, d'élevé qu'il était, redescendit occuper sa place dans le bassin, et l'on sentit qu'il était dans son état naturel. L'amélioration qui suivit cette opération ne fut que de courte durée, car la malade mourut un mois après.

L'autopsie démontra que c'était l'ovaire gauche qui avait acquis ce développement, et, de plus, que des tubercules et des masses d'ydatides entraient aussi dans la composition de la tumeur. (*Revue médic.*, 1838, p. 42, Mémoire de M. Cmus.)

Observation dix-septième. — *Ponction par le vagin d'une tumeur de l'ovaire produisant la dystocie. — Succès de l'opération.*

Le docteur Lever fut appelé le 19 janvier 1840 près d'une femme qui était depuis douze heures en travail de son cinquième enfant. Il trouva une tumeur fluctuante très-grosse, qui, placée entre le rectum et le vagin, remplissait l'excavation pelvienne et empêchait la descente du fœtus. Les douleurs étaient fortes et fréquentes. A l'instant ce praticien, avec une lancette ordinaire, ouvrit la tumeur à travers le vagin. Il sortit aussitôt environ une pinte d'un liquide huileux, et, deux heures après, la femme accoucha d'un enfant vivant. Il n'y eut aucun accident; seulement, le vingtième jour après la délivrance, on retrouva la tumeur qui proéminait entre le vagin et le rectum, et qui était excessivement tendue. Le liquide du kyste fut examiné; il contenait une grande proportion de cholestérine. (*Arch. gén. méd.*, troisième série, tom X, p. 356.)

Observation dix-huitième. — *Kyste séreux de l'ovaire causant la dystocie; ponction par le vagin. — Heureux résultat.*

Neuman, sur le point de pratiquer un accouchement, fut étonné de la lenteur du travail, et de la difficulté qu'opposait le fœtus à franchir le détroit supérieur; mais une exploration plus minutieuse lui fit découvrir dans le petit bassin une tumeur analogue à celle du cas précédent. Il se conduisit comme Lever, et obtint le même succès. (*Expér.*, 1840, n° 160 p. 57. Tavignot.)

Observation dix-neuvième. — *Hydropsie enkystée de l'ovaire ponctionnée par le vagin. — Guérison momentannée; récidive.*

Il y a quelques années, M. le docteur Nonat fut consulté pour une jeune femme affectée d'hydropisie enkystée de l'ovaire qui faisait des progrès incessants. La tumeur occupait déjà une grande partie de la cavité de l'abdomen. Le toucher permit de constater qu'elle faisait une saillie notable dans le vagin, et que la fluctuation était manifeste de ce ce côté. Une ponction y fut pratiquée, et donna issue à tout le liquide. Mais la canule n'ayant pas été maintenue assez longtemps dans la poche, l'ouverture se ferma trop tôt et la maladie récidiva. (Même mémoire, p. 58.)

Observation vingtième. — *Hydropsie enkystée de l'ovaire droit; ponctions pratiquées par le vagin. Accident; péritonite. Mort. — Autopsie : fausse route dans le péritoine; dégénérescence squirrheuse des parois du kyste.*

Une femme de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital Cochin dans le mois de septembre 1839, portait une hydropisie enkystée de l'ovaire droit qui remplissait le ventre comme à huit ou neuf mois de grossesse. On trouva une correspondance de fluctuation entre le vagin et la paroi abdominale antérieure. On pratiqua alors, avec un trois-quarts courbe, une ponction à travers le vagin, en arrière et un peu à droite du museau de tanche, et il s'écoula une grande quantité d'un liquide rougeâtre et visqueux. On retira la canule du trois-quarts pour la remplacer par une sonde en gomme élastique; mais ce ne fut pas sans peine, à cause du défaut de parallélisme survenu entre l'ouverture du kyste et la plaie du vagin. Le lendemain la sonde étant obstruée, on voulut en substituer une autre; mais cette fois ce fut impossible. Alors on enfonça de nouveau le trois-quarts dans la plaie du vagin pour ponctionner le kyste; celui-ci, probablement revenu sur lui-même, ne put être atteint, et l'extrémité de la canule resta logée dans la cavité péritonéale. Immédiatement après cet accident, une péritonite suraiguë se manifesta et fit périr la malade en six heures. L'autopsie démontra, outre la fausse route qu'avait suivie la canule, une dégénérescence squirrheuse des parois du kyste. (Tavignot, même travail, p. 59.)

Observation vingt et unième. — *Hydropisie enkystée de l'ovaire ponctionnée par le vagin et au travers des parois abdominales; péritonite; complications graves et nombreuses. Mort. — Autopsie.*

Une femme nommée Vincent, âgée de vingt-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838. Elle porte une hydropisie enkystée de l'ovaire qui distend con-

sidérablement le ventre. La fluctuation évidente au-dessus du pubis ne peut être reconnue par le vagin ni par le rectum. M. Récamier enfonça un trois-quarts courbe, long de 18 pouces, au travers des parois du ventre, de manière à traverser la partie moyenne de la tumeur, et évacua les quatre cinquièmes du liquide. Ensuite, retirant la lame de l'instrument dans la canule, il dirigea l'extrémité de celle-ci dans le cul-de-sac recto-vaginal. Alors, reconnaissant qu'il n'y avait pas d'organe interposé entre elle et le doigt placé dans le vagin, il poussa la pointe du trois-quarts et traversa la paroi postérieure de ce conduit. Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle: une sonde en gomme élastique fut bientôt substituée à celle-ci par l'orifice vaginal du kyste. On retira neuf litres de sérosité incolore, et on appliqua un bandage de corps; mais cinq jours après une péritonite grave se développa. A cet accident se joignirent une hémorrhagie intestinale, une angine pseudo-membraneuse, puis une pneumonie, et la malade succomba le 12 septembre, vingt jours après l'opération.

A l'autopsie on constata que le kyste était adhérent à la vessie et aux différents viscères environnants. Sa cavité était remplie de gaz fétides et d'une assez grande quantité de bouillie purulente. (Même travail.)

On peut rapprocher des observations précédentes les deux faits suivants, consignés dans l'ouvrage de M. Duparcque (tom II, p. 15). Seulement, dans ces cas, on n'incisa pas le vagin, mais on attaqua, à travers cette cavité, l'utérus lui-même dans les parois duquel existait un abcès.

Observation vingt-deuxième. — *Abcès dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice. Ponction à travers la cavité du vagin. — Guérison.*

M. Morère a observé un abcès développé dans la paroi antérieure de l'utérus, et occasionné par une chute à plat ventre sur l'angle d'un évier, au sixième mois de la grossesse. Cet abcès ne fut reconnu qu'après la délivrance, par la saillie qu'il faisait à travers l'orifice utérin, pendant le retrait de cet organe. Une ponction faite, à l'aide d'un bistouri droit garni de linge jusqu'à quatre lignes de sa pointe, opéra la guérison.

Observation vingt-deuxième et dernière. — *Abcès de la paroi postérieure de la matrice. Incision du col utérin en arrière. — Guérison.*

Chez la femme qui fait le sujet du cas analogue que M. Duparcque a observé, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux terminé par le forceps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaignit de douleurs sourdes vers le sacrum et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. M. Duparcque sentit le col utérin dejeté en avant, et sa paroi postérieure saillante et arrondie au fond du vagin et présentant de la fluctuation. Alors il pratiqua une incision sur ce point, à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

Résumé et conclusions.

De tous les faits consignés dans ce travail, on peut, je crois, conclure que la ponction ou l'incision vaginale est un bon moyen thérapeutique dans beaucoup de cas de tumeurs fluctuantes du petit bassin.

En effet, sur vingt fois qu'on l'a employée, elle a réussi seize fois, et dans des cas très graves. La maladie, à la vérité, a récidivé deux fois (obs. XVII et XIX); mais, dans ces deux cas, on avait affaire à une hydropisie enkystée des ovaires, de toutes les tumeurs fluctuantes du bassin la moins susceptible de guérison, et de plus toutes les précautions n'avaient pas été prises pour empêcher l'ouverture du kyste de se fermer avant la disparition de la cavité.

La mort est survenue quatre fois (obs. VI, XVI, XX, XXI); mais elle a été occasionnée dans un cas (obs. XX) par un accident qu'il est possible d'éviter. Du reste, les parois du kyste étaient squirrheuses. Dans un autre cas (obs. XVI), le kyste de l'ovaire, extrêmement volumineux, offrait la dégénérescence tuberculeuse. Dans le troisième (obs. VI), on a attendu, avant de pratiquer l'ouverture, que l'abcès eût acquis un développement considérable et fût sorti du bassin par la vulve; alors la santé de la malade s'était détériorée, et toutes les conditions étaient défavorables à la guérison. Enfin, dans le quatrième (obs. XXI), on n'a pas pratiqué simplement la ponction par le vagin, mais on a ponctionné en même temps à travers les parois abdominales, procédé complexe qui diffère de celui dont nous nous sommes occupés ici.

Ces insuccès dépendent donc plutôt de circonstances étrangères à l'opération que de l'opération elle-même, et ne diminuent en rien la valeur du moyen chirurgical sur lequel j'ai cherché à appeler l'attention des praticiens, persuadé qu'il peut, dans bien des circonstances, rendre de grands services.

(*Revue médicale*, septembre.)

---

73. *Sur l'apoplexie abdominale des nouveau-nés;* par le docteur de Kinwisch.

Sous la dénomination d'apoplexie abdominale, le médecin de Prague n'entend pas parler de ces épanchements de sang dans le canal intestinal qui sont décrits par les auteurs sous le nom de vomissements de sang, d'hématémèse, de mélæna des nouveau-nés, mais de véritable apoplexie, d'hémorrhagies suites de rupture de vaisseaux produite par un arrêt subit de la circulation, arrêt qui est occasionné par l'accouchement même, mais surtout par la ligature trop prompte du cordon ombilical.

Apoplexie du canal intestinal. — Les vomissements de sang et les selles sanguinolentes sont des symptômes de différentes maladies; les premiers manquent souvent dans l'apoplexie du canal intestinal des nouveau-nés. Ainsi, cette seule circonstance distingue cette affection de l'hématémèse et du mélæna.

L'auteur a observé cette apoplexie sur quatre nouveau-nés, qui, tous morts, ont montré les mêmes symptômes pendant la vie, et ont donné des résultats cadavériques presque identiques. Tous les quatre, enfants à terme et bien nourris, étaient venus au monde par des accouchements faciles et réguliers; ils avaient des cheveux blancs et blonds. Chez deux d'entre eux, il est constant que la ligature du cordon ombilical a été faite trop tôt, et chez un troisième, la sage-femme a été forcée de le relâcher pour faire sortir un peu de sang, à cause d'une cyanose très-prononcée. La maladie s'est déclarée chez tous les quatre dans les premières heures après la naissance, et déjà, au bout de douze à trente heures, des selles sanguinolentes se sont manifestées; deux seulement ont vomi du sang. Les premières selles consistaient dans du méconium mêlé de sang; plus tard, elles ont été de pur sang. Le ventre se gonfla bientôt, était pâteux et donnait un son plus mat que d'ordinaire à la percussion. Les enfants, au commencement agités, devinrent toujours plus tranquilles, plus pâles, et moururent dans les premières quarante-huit heures avec tous les phénomènes de l'anémie.

A l'autopsie, on trouva tous les organes exsangues, du reste à l'état normal; seulement la moitié inférieure de l'intestin grêle et tout le gros intestin; et dans deux cas la partie supérieure de l'intestin grêle et l'estomac étaient remplis de sang frais; ce sang épanché avait, du reste, toutes les qualités de celui se trouvant encore dans le cœur; il formait en partie des caillots mous et pâles, et n'était décomposé nulle part qu'à l'endroit où il se trouvait en contact avec les parois de l'estomac et où il avait la couleur du chocolat. On ne pouvait pas indiquer au juste l'endroit de l'hémorrhagie; pourtant elle paraissait avoir eu lieu dans la partie moyenne de l'intestin grêle; car là le sang était le plus infiltré dans les villosités de la muqueuse, qui était, au reste, normale.

Le diagnostic de cette maladie n'est pas difficile, car dans aucune autre affection on ne voit sortir du sang pur par les selles; dans les ramollissements de la muqueuse des intestins, il est moins copieux, et, au reste, intimement mêlé avec les excréments. On ne confondra pas non plus cette maladie avec les vomissements de sang dus à la pneumonie ou au ramollissement aigu de l'estomac; les symptômes sont bien différents.

Le pronostic est très-fâcheux; tous les quatre enfants sont morts dans les premières trente heures après les premiers symptômes; pourtant des auteurs citent des guérisons produites par les efforts de la nature (*Meissner's Kinderkrankheiten*, vol. I, p. 386).

Le traitement ne peut être que prophylactique; on ne doit pas faire la ligature du cordon ombilical avant que le poumon ait pris ses fonctions, et, en cas de cyanose, on laissera écouler du cordon une quantité suffisante de sang. Les lavements sont toujours nuisibles lorsque la maladie est déclarée, car ils augmentent l'action intestinale; les fomentations froides sur le bas-ventre n'ont pas été plus efficaces; un repos absolu, des irritants sur la peau, et principalement des bains chauds, paraissaient encore le mieux prolonger la vie.

Apoplexie du foie. — L'auteur a souvent observé cette apoplexie; mais ce n'est que dans deux cas qu'on a pu lui attribuer la cause de la mort; dans les autres, l'épanchement était peu copieux, ne se trouvait que sous le péritoine qui recouvre le foie, sans atteindre le parenchyme de celui-ci, et était accompagné d'autres maladies. Les deux enfants étaient très-agités immédiatement après la naissance et ne prenaient pas le sein. Le lendemain, le bas-ventre se tuméfia d'une manière sensible; il parut être peu douloureux et peu météorisé. Les gémissements devinrent toujours plus faibles et la pâleur plus frappante. Mort le troisième jour.

A l'autopsie d'un de ces enfants, qui était bien nourris, il s'écoula du bas-ventre, très-tuméfié, beaucoup de sérosité sanguinolente. Le lobe droit du foie était très-distendu et proéminait en forme de sac fluctuant; dans son milieu, il existait une déchirure de 3 à 4 lignes de long, d'où s'écoulait beaucoup de sang fluide. En ouvrant le sac, on trouva beaucoup de sang mêlé à du tissu de foie ramolli. Le ramollissement du parenchyme de cet organe ne s'étendait pas loin; le reste de sa substance était à l'état normal. Entre les circonvolutions des intestins, il y avait encore quatre cuillerées de sang à moitié coagulé; tous les autres organes étaient sains.

Apoplexie de la rate. — Elle ne fut trouvée qu'une seule fois chez un enfant mort dans la quarantième heure après sa naissance, par suite de pneumonie. Le parenchyme de la rate était en partie broyé, au reste normal.

(*Œsterreichische med. Wochenschrift.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

74. *Deuxième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans les régions lombaires gauche et droite, sans ouvrir le péritoine* (1).

Lu à l'Académie royale de médecine, le septembre 1841;

Par J.-Z. Amussat.

Depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, le 1er octobre 1839, de mes deux premières opérations d'anus artificiel établis avec succès dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine, j'ai eu l'occasion de pratiquer trois autres opérations de ce genre.

Je vais d'abord vous rendre compte brièvement des deux dernières, parce qu'elles ont un rapport plus direct avec les deux autres. Pour les deux nouvelles opérations, j'ai établi l'anus artificiel dans la région lombaire droite, sur le colon ascendant, sans ouvrir le péritoine, tandis que pour les deux premières j'ai établi l'anus artificiel dans la région lombaire gauche.

A la suite de ces faits, je donnerai la continuation des observations des deux premiers malades que j'ai opérés, et enfin, après avoir parlé d'une autre opération d'anus artificiel que j'ai été forcé de pratiquer par la méthode de Littre, je terminerai par quelques réflexions sur l'opération en général.

Je réclame toute l'indulgence de l'Académie pour ce nouveau travail; ce sont des matériaux d'un mémoire, rassemblés à la hâte; les faits ne sont pas classés et élaborés comme je le voudrais. En attendant mieux, je crois devoir faire connaître le plus promptement possible à l'Académie et aux chirurgiens tout ce que j'ai fait sur ce sujet important.

Pour la première opération contenue dans ce mémoire, ou la troisième dans l'ordre des dates, comme je l'ai dit tout à l'heure, l'anus artificiel a été établi dans la région lombaire droite sur le colon ascendant, sans ouvrir le péritoine et sans savoir positivement où était l'étranglement. J'ai pratiqué cette nouvelle opération le 3 juillet dernier, chez une femme de cinquante ans; il y a par conséquent maintenant soixante-quatre jours. Le tube digestif était complétement obstrué depuis quarante jours. C'est M. Deguise, notre collègue, ici présent, qui m'a fait l'honneur de m'appeler pour cet étranglement interne le plus difficile à reconnaître de tous ceux que j'aie encore rencontrés. Cette opération a été récemment publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (3 août 1841); je vais donc en donner seulement une analyse succincte.

Madame B..., âgée de cinquante ans, habituellement constipée, a cessé d'avoir ses règles vers le mois de janvier dernier; cette dame est accouchée heureusement de six enfants et a eu deux fausses couches. Depuis la cessation des règles la constipation, devenue plus opiniâtre, ne pouvait être vaincue que par des lavements, les matières fécales étaient très-dures et en boulettes; néanmoins, à part quelques vomissements et du malaise, madame B.... avait de l'appétit et n'éprouvait aucun dérangement notable dans sa santé. Mais dans le courant du mois de mai dernier les selles devinrent beaucoup plus difficiles encore. Enfin, le 27 mai, après quatre ou cinq jours passés sans aucune évacuation de gaz ni de matières fécales, madame B.... fut obligée de réclamer les soins d'un médecin. Des sangsues furent appliquées à l'épigastre, des lavements et de légers laxatifs furent prescrits, mais sans résultat. L'état de la maladie devenant plus grave, la constipation persistant, on fit appeler M. Chomel et plus tard M. Deguise, qui resta seul chargé du traitement. Ce praticien distingué employa tous les moyens connus pour amener des garderobes : lavements, purgatifs drastiques, etc., et le cathétérisme du rectum. Ont eut recours aussi aux douches ascendantes avec l'appareil Bizet.

Le 27 juin, M. Deguise ayant épuisé sans résultat l'emploi de tous ces moyens, pensa que l'établissement d'un anus artificiel était indispensable pour remédier à l'état alarmant de madame B.... Il me fit appeler. Alors il y avait déjà trente-quatre ou trente-cinq jours au moins que la malade n'avait rendu ni gaz ni matières par l'anus. Le ventre était très-distendu et, par suite de l'amaigrissement qui survient constamment dans ces circonstances, on voyait à travers les parois amincies de l'abdomen des *anses intestinales gonflées par des gaz;* il donnait à la percussion un son clair, tympanique. La malade étant placée sur le ventre, le flanc droit nous parut plus bombé, plus saillant que le gauche. Une sonde de gomme élastique fut introduite dans le rectum; mais arrivée à 6 ou 8 pouces de hauteur, elle se recourbait et ne pouvait pénétrer au delà. En examinant par le vagin, on reconnut que la sonde était repliée dans le rectum, et on constata que l'utérus n'était pas déplacé, mais qu'il était peut-être un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire. Les lavements ne pénétraient qu'avec la plus grande difficulté et ils étaient expulsés aussitôt sans entraîner de matières fécales. Depuis quelques jours seulement il y avait des vomissements bilieux, sans odeur fécale, et le pouls était assez fort et sans fréquence.

Nous nous demandâmes quelle était la cause de cette rétention des gaz et des matières fécales, survenue presque tout à coup chez notre malade.

Avions-nous affaire à une tympanite essentielle, c'est-à-dire produite par une atonie des intestins? Cela n'était pas probable; car les faits de cette nature, s'ils existent, doivent être très-rares. S'agissait-il d'un volvulus, d'une invagination intestinale, d'un étranglement produit par une bride? Sans doute, dans ces affections, le cours des matières fé-

(1) Le premier mémoire a été inséré dans notre cahier de septembre 1841, p. 504.

cales est arrêté subitement ; mais il existe en même temps des symptômes généraux beaucoup plus graves, des accidents semblables à ceux qui accompagnent les hernies étranglées. De plus, nous n'avions pas constaté les vomissements stercoraux qui surviennent si souvent dans les étranglements internes dont nous venons de parler. De l'absence de ces vomissements, devait-on conclure que l'obstacle était situé à la fin du gros intestin, vers l'S iliaque, par exemple? Il est vrai que dans quelques cas de rétrécissements de cette portion du tube digestif, ce phénomène ne s'est pas présenté ; mais les observations publiées sur ce sujet sont encore trop peu nombreuses, ou incomplètes pour servir au diagnostic.

Enfin, l'obstacle était-il produit par des corps étrangers accumulés dans le gros intestin, comme M. Cruveilhier et d'autres observateurs en ont publié des exemples?

Malgré l'impossibilité de découvrir la cause, la nature et le siége de l'étranglement, nous ne devions pas, nous ne voulions pas rester spectateurs passifs de la mort inévitable de la malade. Une opération pour l'établissement d'un anus artificiel était donc indispensable. Je m'empressai de répéter mon procédé sur le cadavre, et de constater de nouveau que le cathétérisme de l'intestin avec une sonde œsophagienne *ne peut servir utilement au diagnostic des rétrécissements situés dans un point élevé du gros intestin.*

Le lendemain 28 juin, M. Deguise et moi, après avoir cherché inutilement encore quelle pouvait être la cause des accidents, nous fûmes d'avis qu'il fallait, avant de recourir à l'opération, nous éclairer de l'avis de quelques-uns de nos confrères. Le même jour, dans la soirée, MM. Magendie, Breschet, Chomel, Foville se rendirent à notre invitation. Après un examen attentif et une discussion approfondie, il fut décidé à l'unanimité que l'on insisterait encore sur les lavements forcés, sur les douches ascendantes ; qu'on emploierait le galvanisme, et que, dans le cas où tous ces moyens seraient sans résultat avantageux, il faudrait pratiquer l'opération d'après le procédé que j'avais déjà appliqué deux fois avec succès.

Après cette consultation, on administra les douches ascendantes d'eau et d'air, ainsi que des lavements forcés : *un seul pouvait être reçu et conservé par la malade.* Le lendemain matin, 29 juin, l'électricité fut pratiquée avec beaucoup de soin par M. le docteur Schuster ; ce moyen n'eut pas plus de succès que les autres. Dès lors il n'y avait plus à hesiter ; il fallait établir un anus artificiel, il y avait urgence.

Le 30 juin, à quatre heures du soir, tout était disposé pour pratiquer l'opération ; mais il fut impossible de décider la malade à s'y soumettre.

Le 1er juillet, Madame B... était assez calme ; mais il n'y avait eu aucune espèce d'évacuation par l'anus.

Le 2 juillet au matin, l'affaiblissement augmente ; le pouls est petit et fréquent ; l'haleine est fétide, et la malade exhale une odeur stercorale. MM. Magendie, Breschet, Chomel furent encore réunis, et il y eut *unanimité* sur la nécessité de pratiquer promptement l'opération ; mais on discuta longuement sur le procédé qu'on devait employer.

Le 3 juillet, à six heures du matin, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Breschet, Deguise, L. Boyer, Filhos, Bowman, Delarue, Guérineau et Levaillant.

Une incision d'à peu près quatre pouces d'étendue fut pratiquée transversalement dans la région lombaire droite, au milieu de l'espace qui sépare la crête iliaque de la dernière fausse côte, et à partir de la masse commune des sacro-lombaire et long dorsal. Le bord de ces muscles ayant été incisé, ainsi que les tissus adjacents, j'arrivai sur le carré des lombes ; je coupai le bord de ce muscle, et je tordis une petite artère. Après avoir coupé le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse, j'aperçus le tissu cellulaire intermédiaire à la masse adipeuse qui recouvre le rein et le colon ; je touchai et fis toucher le rein, puis j'incisai verticalement la masse adipeuse qui se trouve constamment au-dessous de cet organe, et portant mes recherches en arrière, je sentis sous mes doits un intestin distendu ; c'était le colon lombaire droit dépourvu de péritoine ; je le reconnus *à la résistance de ses parois et à ses fibres musculaires* plus prononcées que celles de l'intestin grêle.

Ce point important étant bien établi, je passai avec une aiguille courbe un fil dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin, afin de le maintenir, et je fis une ponction avec un petit trois-quarts. Beaucoup de gaz et très-peu de matières fécales sortirent par la canule. L'intestin fut attiré au dehors à l'aide d'un fil passé dans ses parois, puis ouvert assez largement dans le sens vertical. On facilita les évacuations en injectant de l'eau tiède dans la partie supérieure et inférieure de colon qui venait d'être ouvert, et ensuite l'ouverture de l'intestin fut fixée aussi près que possible de l'angle antérieur de la plaie par cinq points de suture entrecoupée, en ayant soin de renverser la muqueuse en dehors.

La malade fut replacée dans son lit, qui était garni d'alèses, et on l'engagea a se tenir sur le côté droit pour permettre aux matières fécales de l'écouler librement. L'anus artificiel fut recouvert d'un cataplasme et on recommanda de faire sur la plaie des lotions fréquentes avec de l'eau tiède.

Dans la soirée nous revîmes madame B... : elle était calme et se sentait soulagée ; le ventre était souple et insensible à la pression. L'anus artificiel livrait fréquemment passage à des gaz et à des matières fécales.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore : les matières sortent abondamment par l'anus artificiel ; il n'y a pas eu de fièvre. Le travail inflammatoire autour de la plaie est aussi simple et aussi régulier que si un intestin n'eût pas été ouvert.

Le 14 juillet, M. Magendie constate avec nous que la malade est dans un l'état on ne peut plus satisfaisant. L'anus artificiel est bien établi, mais comme il a de la tendance à se resserrer, je le dilate avec une mèche de charpie assez grosse, analogue à celle qu'on emploie après l'opération de la fistule à l'anus.

Le 15, madame B... croit avoir rendu quelques matières par l'anus normal.

Le 20, M. Chomel a visité la malade, qui con-

tinue à avoir de l'appétit et à reprendre des forces.

Le 22, juillet, après un lavement donné dans le rectum, il est sorti par l'anus normal un cylindre de matières fécales noirâtres et bien moulées, ce qui peut faire espérer que peut-être les évacuations reprendront leur cours naturel.

Malgré la sortie de ces matières fécales par le rectum, il y a eu le même jour des évacuations abondantes par l'anus artificiel, qui est maintenant largement ouvert.

Madame B... est aujourd'hui 6 septembre, deux mois et quelques jours après l'opération, dans l'état le plus satisfaisant; elle a complétement recouvré l'appétit et les forces; en un mot, sa santé est aussi bonne qu'on pouvait le désirer. L'anus artificiel est depuis longtemps déjà solidement établi. Les évacuations ne sont pas continuelles et involontaires, comme on est porté à le supposer; elles sont au contraire assez difficiles et on est obligé de les favoriser en donnant des lavements pour délayer les matières, qui sont presque toujours dures et moulées. Depuis l'operation et à des intervalles assez éloignés, il est sorti par l'anus normal, à la suite de lavements, deux ou trois cylindres de matières fécales.

En résumé, nous espérons que l'affection organique latente qui a nécessité l'établissement d'un anus artificiel, n'est pas de nature à compromettre, au moins d'ici à longtemps, le succès de notre opération.

Deuxième opération de ce mémoire, ou la quatrième dans l'ordre des dates.

Anus artificiel établi dans la région lombaire droite, sur le colon ascendant, sans ouvrir le péritoine, sur une femme âgée de soixante ans, pour une obstruction du tube digestif datant de quarante-cinq jours, et produite par une affection cancéreuse de la partie supérieure du rectum.

Madame Legrand, âgée de 60 ans, d'une bonne constitution, a cessé d'avoir ses règles il y a quinze ans environ. Aucun trouble local ou général n'est venu à cette époque critique déranger sa santé. Antérieurement, elle n'a jamais eu de maladie de l'estomac ou des intestins.

Vers la fin de l'année 1839, madame Legrand éprouve dans la région des reins un sentiment de fatigue et de pesanteur que l'exercice augmente; elle ressent des douleurs passagères dans le bas-ventre; les secousses d'une voiture les rendent plus fortes et les prolongent. La malade va encore régulièrement à la garde-robe, mais elle s'aperçoit que les selles deviennent moins copieuses; les matières sont liées en commençant, vers la fin elles sont liquides, et des mucosités sanguinolentes terminent la garde-robe. La malade reste longtemps sur la chaise, éprouvant le besoin d'un supplément d'évacuation, et faisant pour cela d'inutiles efforts. Avec le temps, les selles sont moins liées, elles ne paraissent plus que sous la forme d'une bouillie plus ou moins épaisse, se reproduisent plusieurs fois par jour et sont le plus souvent accompagnées ou remplacées par des mucosités sanguinolentes.

Au mois de juillet 1840, les garde-robes cessent tout à fait pendant quelques jours, puis reparaissent liquides et mêlées de mucosités sanguinolentes. A l'aide de lavements on parvient à rétablir les selles, qui continuent cependant à devenir de plus en plus difficiles.

Au mois d'octobre 1840, une consultation eut lieu; constata une affection grave du gros intestin reconnue depuis longtemps, et l'on soupçonna que l'utérus était le siége de tumeurs indurées présumées carcinomateuses, bien que ce viscère n'eût donné jusque là, et de donnât encore aucun signe de souffrance. L'on pensa aussi qu'une ancienne rétroversion de la matrice, dont on trouvait encore les traces, avait pu être la cause première des accidents survenus depuis du côté du gros intestin.

A cette époque, le ventre était habituellement balloné et l'appétit diminuait; il y avait des douleurs presque continuelles dans la région hypogastrique, dans les régions inguinales droite et gauche. La malade éprouvait le sentiment d'une barre qui lui cernait le bas-ventre d'un côté à l'autre et tournait vers les reins. Lorsqu'elle prenait un lavement, cette sensation devenait tellement incommode qu'elle paralysait ses forces et l'obligeait à garder le repos.

Tous ces accidents allèrent en augmentant; les garde-robes, toujours liquides, mêlées de sang et de mucosités, étaient rares, difficiles et accompagnées de douleurs très-vives.

Enfin, depuis le commencement du mois de juillet dernier, il n'y a plus eu de garde-robes; les petites évacuations glaireuses, mêlées de sang, sont elles-mêmes devenues plus rares. Le ventre est météorisé et douloureux. Vers le milieu du mois de juillet, ces symptômes s'aggravent, la tympanite stercorale se prononce davantage; la malade est fatiguée de vomissements fréquents, et elle rend seulement par l'anus des liquides en petite quantité, ayant l'odeur et la couleur de matières fécales. Les douleurs abdominales sont très-vives.

M. le docteur Meurdefroy ayant inutilement employé tous les moyens capables ne faire cesser la constipation, me fit appeler le 16 août. Je constatai tout ce qui vient d'être décrit, et, en pratiquant le toucher par le rectum, je reconnus qu'il existait, à quatre ou cinq pouces de hauteur, des végétations de nature cancéreuse. L'utérus était gros, dur et dans un état de rétroversion. Deux lavements sont administrés et conservés par la malade; mais ils sont rendus sans entraîner de matières fécales. En présence de ces accidents toujours croissants, nous fûmes d'avis de faire une consultation avant de pratiquer un anus artificiel, qu'il nous paraissait indispensable d'établir. Nous administrâmes encore des douches ascendantes d'eau et d'air, mais toujours sans résultat satisfaisant.

Le 18 août, MM. Bégin, Piorry, Lombard, Bardin, Troussel, Lucien Boyer, Filhos, Levaillant, etc., furent réunis en consultation. La percussion plessimétrique, pratiquée par M. Piorry, a beaucoup éclairé le diagnostic, en nous prouvant que les matières fécales étaient accumulées dans la partie supérieure du gros intestin. Par le toucher, MM. Bégin, Meurdefroy, Lombard et Troussel ont reconnu l'état du rectum et de l'utérus. Enfin, après une discussion approfondie, il fut décidé à l'unanimité qu'il fallait se hâter de pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire droite.

Le 21 août l'opération fut pratiquée en présence de MM. Meurdefroy, Bégin, Troussel, Bardin, Tribault, Lefrançois, Lucien Boyer, Filhos, Roy, etc. Comme, dans ce cas, la malade avait continué, depuis le commencement des accidents jusqu'à présent, de rendre des gaz et même des liquides ayant la couleur et l'odeur des matières fécales, je crus devoir, immédiatement avant l'opération, injecter par l'anus de l'eau et même de l'air, afin de distendre autant que possible l'intestin que je voulais ouvrir, et favoriser l'opération.

Cette injection n'augmenta pas sensiblement la saillie du colon dans la région lombaire, et la matité ne parut pas plus prononcée qu'auparavant.

L'opération, pratiquée comme chez la malade dont nous publié récemment l'observation, nous présenta cependant quelques difficultés de plus; ainsi, l'épaisseur de la couche graisseuse et des muscles était plus grande; ceux-ci étaient mous, et avant d'arriver à la couche cellulo-graisseuse qui recouvre le rein et le colon en arrière, je fus obligé, à plusieurs reprises, de couper les muscles en travers : plusieurs artères furent tordues. Enfin, j'aperçus l'aponévrose du transverse et la couche graisseuse dont je viens de parler, et bientôt, après avoir divisé ces tissus, je mis à découvert un intestin distendu et rénitent. Etait-ce le colon lombaire? Le toucher ne m'indiquait pas d'une manière certaine que ce fût l'intestin que je cherchais; sa forme n'était pas celle qu'il affecte le plus ordinairement; il était, dans ce cas, peu volumineux et arrondi, et j'avoue que, n'ayant pas encore cette fois de signes certains de la présence du colon dépourvu de péritoine, j'éprouvai de l'hésitation avant de me décider à plonger un trois-quarts dans ses parois. Enfin, après avoir fait examiner par quelques personnes présentes l'intestin qui se présentait, on fut d'avis que ce ne pouvait être que le colon. Je plongeai alors un trois-quarts très-petit dans les parois de cet intestin, traversées préalablement par un fil; il sortit aussitôt par la canule de l'instrument des gaz et des matières fécales délayées, et j'agrandis l'ouverture de l'intestin, *maintenu au dehors par un ténaculum*, et plus tard par trois pinces à torsion pour tenir en même temps l'ouverture largement béante. Il s'écoula une très-grande quantité de matières fécales en bouillie délayée, que l'on avait le soin de chasser en injectant de l'eau tiède pour qu'elle ne séjournât pas sur la plaie. Dès que les évacuations furent moins abondantes, je fixai l'ouverture intestinale, amenée au dehors autant que possible, à l'angle antérieur de la plaie, par quatre ou cinq points de suture entrecoupée; les fils furent noués sur de petits tampons de linge. Enfin, je réunis par deux points de suture entortillée l'angle postérieur de la plaie.

Les suites de cette opération n'ont pas été, à beaucoup près, aussi satisfaisantes que dans les autres faits que j'ai rapportés. Cependant, trois ou quatre jours après l'établissement de l'anus artificiel, je conservais encore l'espoir que ma malade résisterait à l'affection cancéreuse avancée qui avait nécessité l'opération. Elle avait une fièvre assez intense; mais il n'était pas survenu de vomissements, et le le ventre était souple, distendu et presque insensible à la pression. L'anus artificiel livrait un passage facile à des gaz et à des matières fécales; des mucosités glaireuses s'échappaient aussi par cette ouverture.

Mais il y a quelques jours, l'affaiblissement fit des progrès sensibles, des vomissements survinrent, le ventre acquit de la sensibilité : enfin tous ces accicents se développèrent, et la malade succomba le 30 août, dix jours après l'opération, aux progrès de l'affection cancéreuse, contre laquelle nous avions agi trop tardivement.

Du reste, la plaie avait déjà diminué d'étendue; elle avait un très-bon aspect; des bourgeons charnus vermeils existaient à sa surface, et l'ouverture de l'intestin, solidement fixée à l'angle antérieur de la plaie, laissait facilement sortir des matières fécales délayées ainsi que des mucosités glaireuses. Dans les derniers jours de la vie, il est sorti également par l'anus normal des matières liquides mêlées de glaires.

Il est évident que dans ce cas nous avions opéré dans les plus mauvaises conditions possibles, c'est-à-dire dans la dernière période d'une maladie dont la nature n'était pas douteuse. Aussi sommes-nous persuadé que l'opération qui avait fait disparaître les accidents de la tympanite stercorale n'a pas contribué d'une manière sensible à hâter la mort.

Je ne puis terminer cette observation sans remercier bien cordialement mon excellent confrère M. le dr Meurdefroy, du dévouement éclairé dont il n'a cessé de donner des preuves dans cette circonstance. Nous avons lutté avec courage et persévérance jusqu'à la fin; mais la maladie était trop avancée lorsque l'anus artificiel a été établi.

Autopsie le 1er *septembre* 1841, *trente-six heures après la mort, en présence de MM. Meurdefroi, Filhos, Levaillant et Guérineau.*

Etat extérieur. — La putréfaction du cadavre est déjà assez prononcée; elle s'annonce par la teinte verdâtre des téguments de la poitrine et de la paroi antérieure de l'abdomen. Des vergetures livides se font remarquer à la partie postérieure du tronc et sur les membres inférieurs.

Etat intérieur. — L'abdomen seul a été ouvert, et nos recherches ont exclusivement porté sur le canal digestif et sur le système utérin. C'étaient les seuls organes qui dussent nous offrir quelques particularités intéressantes.

Le colon transverse est situé très-bas; il décrit une courbure dont la convexité est placée dans la région hypogastrique. Il n'y a pas de traces de péritonite. Une très-petite quantité de sérosité roussâtre est épanchée dans le bassin. Le rein droit est situé un peu plus en avant que de coutume.

La paroi antérieure du rectum présente extérieurement, au-dessus du niveau de la matrice, deux ulcérations contiguës, offrant une surface fongueuse, mamelonnée; l'une d'elles est percée d'une ouverture qui communique dans le rectum. En examinant les choses avec attention, il paraît évident que dans cet endroit l'intestin était replié sur lui-même, et que les deux surfaces péritonéales de ce pli avaient contracté une adhérence intime, que l'on avait rompue en partie en détachant ces organes du bassin.

La moitié de cette ligne d'adhérence existait encore, et en reformant le pli il était démontré que cette surface ulcérée, qui nous avait frappés tout d'abord, ne se trouvait pas à l'extérieur de l'intestin du vivant de la malade. Nous reconnûmes en même temps que l'affection cancéreuse avait envahi et désorganisé de dedans en dehors toute l'épaisseur de la paroi intestinale, et que la tunique péritonéale qui existait seule était elle-même menacée d'une destruction prochaine.

A l'intérieur de l'intestin, la partie affectée commençait à 2 centimètres au moins au-dessus du sommet de la matrice, vers le point de jonction du rectum avec l'*S* iliaque, et se prolongeait dans une hauteur de 4 centimètres environ. La surface intérieure de l'intestin était recouverte de végétations cancéreuses; quelques fongosités paraissaient de formation récente; elles étaient mollasses, sanguinolentes, comme gélatineuses, et se détachaient avec une grande facilité des autres tissus morbides. C'étaient des productions de même nature que la malade avait quelquefois rendues dans ses garde-robes. Toutes ces végétations fongueuses avaient d'ailleurs perdu, depuis le moment de la mort, une grande partie de la cohésion et de la résistance qu'elles devaient avoir pendant la vie. Ceci explique la facilité avec laquelle le doigt pénétrait maintenant dans la portion rétrécie de l'intestin.

La partie inférieure du rectum est saine; quelques tumeurs hémorrhoïdales se font remarquer au voisinage du sphincter.

L'utérus et ses annexes ne présentaient aucune espèce d'altération organique. L'on trouve entre le ligament large du côté gauche et la partie correspondante du rectum plusieurs fausses membres qui attestent l'existence antérieure d'un travail inflammatoire par suite duquel des adhérences assez lâches s'étaient établies entre toutes les parties voisines.

Il n'y a pas d'indices bien certains d'inflammation dans les gros intestins, si ce n'est au voisinage de l'ouverture artificielle, où l'on en voit quelques traces. Les intestins grêles sont enflammés dans plusieurs points; ces traces d'inflammation sont d'autant plus remarquées que l'on approche davantage de l'estomac, qui lui-même en est exempt.

L'ouverture faite au colon lombaire droit se trouve exactement située au milieu de la hauteur de cet intestin. L'anus artificiel était déjà parfaitement formé.

Le péritoine ne présentait aucune trace d'inflammation, et il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité abdominale.

Maintenant, pour mettre l'Académie au courant de tout ce que j'ai fait sur ce sujet, je vais lui donner brièvement la continuation des deux observations que je lui ai communiquées en 1839, et j'ajouterai la relation succincte d'une autre opération que j'ai pratiquée depuis par le procédé de Littre.

Pour ma première opération, pratiquée le 5 juin 1839, je dois rappeler à l'Académie que l'anus artificiel a été établi avec succès en ouvrant le colon lombaire gauche sans intéresser le péritoine, sur une femme âgée de quarante-huit ans (madame D.). Cette opération a été nécessitée par une obstruction complète de la fin de l'S iliaque. La constipation datait de vingt-six jours, et il y avait une tympanite stercorale des plus violentes.

L'anus artificiel livrait un passage facile aux matières fécales, et les selles s'étaient presque régularisées complétement par cette voie. La malade allait presque volontairement à la garde-robe, excepté lorsqu'elle avait la diarrhée, ce qui n'a eu lieu que dans les derniers temps. Il lui était alors facile de retirer son appareil et d'éviter la malpropreté qu'elle redoutait tant.

L'anus artificiel, situé dans le flanc gauche, offrait la forme d'une ampoule assez saillante par l'épanouissement de la muqueuse intestinale légèrement renversée en dehors. On introduisait facilement le doigt indicateur dans cette ouverture, et l'on sentait distinctement un éperon résistant qui s'opposait à ce que les matières fécales vinssent tomber dans la partie inférieure du colon. Enfin, l'anus artificiel était dans le meilleur état possible, lorsque notre malade a succombé, cinq mois après l'opération, à une péritonite survenue consécutivement aux progrès de l'affection cancéreuse ayant produit l'oblitération complète de la partie inférieure du canal intestinal.

Autopsie faite le 2 novembre 1829, vingt-quatre heures après la mort, par MM. Ricque et Levaillant.

Le ventre était considérablement distendu par des gaz que l'on reconnaissait à la percussion.

L'incision cruciale de la paroi abdominale nous a permis de constater de suite, par la sortie d'un liquide de couleur citrine, mêlé de fausses membranes blanchâtres et assez résistantes, qu'il existait une péritonite. Cette inflammation avait laissé des traces évidentes sur toute l'étendue de la membrane séreuse; car l'intestin grêle, le gros intestin et toute la masse cancéreuse située dans le bassin, et dont nous parlerons bientôt, étaient recouverts de fausses membranes plus ou moins résistantes. Nous avons trouvé, en outre, dans la partie la plus déclive du bassin, une assez grande quantité de liquide jaunâtre, au milieu duquel nageaient des flocons de fausses membranes.

L'épiploon était complétement déjeté à droite. Il formait une masse ovoïde grosse comme les deux poings réunis; cette tumeur était composée de tubercules cancéreux blanchâtres, réunis entre eux par des prolongements celluleux.

Sur toute la surface pariétale du péritoine, on trouvait, çà et là, des tubercules cancéreux semblables à ceux qui existaient dans l'épiploon. Le mésentère était également, dans toute son étendue, le siége productions semblables.

L'estomac était allongé, et il avait été attiré à droite par l'épiploon; il était, du reste, parfaitement sain.

Les intestins grêles étaient presque partout adhérents entre eux par des fausses membranes de nouvelle formation; trois anses énormes, très-distendues, et offrant une couleur noirâtre livide, étaient superposées aux autres anses intestinales blanchâtres, beaucoup moins distendues.

Les gros intestins étaient parfaitement reconnaissables jusqu'à la fin du colon lombaire gauche ; ils paraissaient avoir conservé leur calibre naturel, à l'exception du colon lombaire droit, qui, ayant été comprimé par la masse cancéreuse de l'épiploon, déjetée de ce côté, nous sembla un peu aplati.

A partir de l'S iliaque, il fut impossible de distinguer le gros intestin. Il existait dans ce point et jusqu'à quelques pouces au-dessus de l'anus, une masse énorme de tubercules cancéreux, au milieu desquels la dernière portion du tube digestif et l'utérus se trouvaient placés et comprimés. Ces tubercules cancéreux développés sur le péritoine, dans le méso-colon et dans le méso-rectum, avaient, par leur volume toujours croissant, détruit complétement la continuité du canal intestinal.

Le colon lombaire gauche était dilaté au dessus de l'anus artificiel, et *retréci* au-dessous. Dans ce point, il existait un éperon très-marqué, une saillie des tuniques intestinales qui s'opposait au passage des matières fécales vers l'S iliaque. Au dessus de l'anus artificiel, on trouva des matières fécales dures, en boulettes ; au-dessous, au contraire, l'intestin était revenu sur lui-même, et ne contenait pas de matières fécales.

Une hernie épiploïque ancienne existait dans l'anneau crural du côté droit.

Suites de la deuxième opération, que j'ai déjà eu l'honneur de vous communiquer.

Pour ma deuxième opération pratiquée le 14 juillet 1839, l'anus artificiel a été aussi établi avec succès à gauche, sans ouvrir le péritoine, sur M. T..., âgé de soixante-deux ans. Cette opération a été pratiquée pour remédier à une obstruction du canal intestinal produite par une affection cancéreuse du rectum.

M. le docteur Cornac, qui a fait le voyage de Paris à Rouen avec mon malade, a pu s'assurer que sa santé s'était déjà notablement améliorée, et qu'il était très-reconnaissant du service qu'on lui avait rendu.

Depuis le mois d'octobre 1839, époque jusqu'à laquelle j'ai donné dans mon mémoire l'histoire complète de mon second opéré, j'ai reçu fréquemment des détails sur sa santé, qui, depuis deux années, s'est maintenue dans un état très-satisfaisant. L'appétit est bon, les digestions sont régulières et faciles ; les forces du malade sont assez grandes pour lui permettre de faire plusieurs fois par jour de longues promenades à pied.

L'affection carcinomateuse du rectum ne paraît pas avoir fait de progrès sensibles ; elle n'est pas accompagnée de douleurs lancinantes ; mais il existe une chaleur incommode sans pesanteur dans le point malade de l'intestin. Les injections, pratiquées de haut en bas, c'est-à-dire de l'anus artificiel à l'anus naturel, provoquent très-souvent la sortie de caillots noirâtres. Le liquide qui sort par l'anus naturel à la suite de ces injections, n'est jamais mélangé de pus ; mais il a une odeur stercorale assez prononcée, et il contient des mucosités filantes. Presque jamais on ne trouve de matières fécales dans les liquides évacués par le rectum.

L'anus artificiel a conservé ses dimensions ; la muqueuse s'invagine assez souvent, et forme une espèce de prolapsus à la suite des efforts de défécation. Le calibre des matières moulées qui sortent par cette ouverture, égale le diamètre du petit doigt ; quelquefois même, lorsque les matières sont dures, elles ont le volume du doigt médius.

On a cherché à provoquer les selles à des jours et à des heures à peu près fixes et on est arrivé à ce résultat. Au moyen de lavements donnés régulièrement, les évacuations par l'anus artificiel surviennent tous les deux jours le matin, ou le troisième jour au plus tard. Cette régularité dans les évacuations permet au malade de sortir et de se promener sans inquiétude ; il a même pu aller au spectacle une fois sans avoir la crainte de voir survenir une selle involontaire.

Les préparations ferrugineuses dont il fait usage depuis quelque temps, ont beaucoup contribué à augmenter ses forces et à faire disparaître l'œdème des membres inférieurs qui était survenu cet hiver et qui avait déjà été observé plusieurs fois avant et après l'opération.

En résumé, l'état de notre malade s'est considérablement amélioré depuis deux ans que l'anus artificiel a été établi. Nous espérons que l'affection cancéreuse du rectum, qui a déjà ralenti beaucoup sa marche, permettra à notre opéré de jouir encore longtemps des bénéfices de l'opération.

Enfin, je vais vous communiquer l'observation d'une troisième opération d'anus artificiel que j'ai pratiquée l'année dernière sur une femme âgée de quarante-sept ans, mais cette fois par le procédé de Littre, en ouvrant le cœcum dans la fosse iliaque.

Cette observation a été déjà publiée en partie dans la thèse de M. Pinte, soutenue le 1er juin 1841, et dans l'ouvrage de MM. Bourgery et Jacob.

Madame Bollmann, âgée de quarente-sept ans, auprès de laquelle je fus appelé le 5 mai 1840, par MM. Magendie, Koreff et Descroizilles, vomissait des matières fécales depuis près de trente jours et il n'y avait pas eu d'évacuation de gaz ni de matières par le rectum, malgré tous les moyens qui avaient été employés, tels que purgatifs, drastiques, lavements, douches ascendantes, cathétérisme du rectum avec des sondes de gomme élastique. Aux vomissements de matières fécales se joignait un ballonnement considérable du ventre, à travers les parois duquel on apercevait distinctement des anses intestinales énormément distendues ; prostration extrême, fièvre et douleur abdominale très-vive, ayant son point de départ à l'épigastre.

Rien dans les antécédents de cette femme ne put nous faire soupçonner quelle était la cause de cette interruption du cours des matières. Antérieurement au 5 avril de cette année, les fonctions digestives avaient toujours eu lieu régulièrement, et la malade n'avait éprouvé de douleurs dans aucun point de l'abdomen.

Après avoir, de concert avec MM. Magendie, Koreff, Descroizilles et Cazalis, employé inutilement pendant plusieurs jours des douches ascendantes d'eau et d'air, des lavements forcés et le cathétérisme avec des sondes de gomme élastique, nous

commençâmes à agiter la question difficile de l'établissement d'un anus artificiel. Mais dans quel point devions-nous opérer? D'abord je pensai à ouvrir le colon ascendant dans la région lombaire droite, en suivant mon procédé, c'est-à-dire sans ouvrir le péritoine; mais comme aucun signe ne nous indiquait que l'obstacle fût placé plutôt dans le gros intestin que dans l'intestin grêle, je me résignai, à mon grand regret, à tenter le procédé de Littre, c'est-à-dire à arriver par la paroi antérieure de l'abdomen sur le cœcum, que j'ouvrirais s'il était distendu, parce que, dans le cas contraire, c'est-à-dire si cet intestin eût été vide, j'aurais pu, par cette voie, chercher dans les intestins grêles, en commençant par leur terminaison, la cause de l'étranglement.

Après avoir incisé la paroi abdominale dans la région iliaque droite, à un pouce environ au-dessus de la crête de l'os des îles, j'arrivai promptement sur le péritoine, que j'ouvris, puis sur le cœcum, énormément distendu. Ayant bien reconnu cet intestin à ses bosselures, à ses bandelettes et à son volume, je plongeai d'abord un petit trois-quarts dans ses parois, ce qui permet à des gaz et à des matières fécales de s'écouler, puis je pratiquai avec un bistouri boutonné une assez large ouverture dont les bords étaient maintenus au dehors par trois pinces à torsion. Je laissai écouler les matières fécales, et enfin je fixai solidement les bords de l'intestin ouvert à la paroi abdominale au moyen de trois ou quatre points de suture entrecoupée.

La malade, qui était avant l'opération dans un état d'affaiblissement extrême, succomba vingt-quatre heures après.

A l'autopsie nous avons trouvé à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon descendant, non loin de la rate et sous les fausses côtes, un rétrécissement assez considérable de l'intestin, et au centre de deux ulcérations placées l'une au-dessus, l'autre au dessous de ce rétrécissement, sur deux portions repliées et adhérentes du colon, nous aperçûmes un corps étranger noirâtre. C'était un petit os de lapin ou de volaille qui s'était arrêté dans ce point et qui avait été probablement la cause du rétrécissement.

Dans le premier mémoire que j'ai publié sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine, j'ai fait le parallèle de mes deux premières observations: elles se prêtaient à de grands rapprochements. Les deux dernières opérations, pratiquées par le même procédé, mais dans la région lombaire droite, la troisième et la quatrième se prêtent aussi à des comparaisons intéressantes, et qui feront ressortir les points principaux qui caractérisent chaque fait particulier.

Dans ces deux derniers faits, il y avait trente jours et plus que l'interruption du cours des matières avait lieu lorsque j'ai été appelé.

Chez la troisième, ou la première de ce mémoire, et chez la quatrième, il y avait des vomissements, mais sans matières fécales.

Pour la troisième, il était impossible de dire positivement où était le siége de l'étranglement. Un seul lavement pouvait être introduit.

Pour la quatrième, on savait que l'obstacle existait à la partie supérieure du rectum, et cependant la malade pouvait recevoir deux lavements.

Enfin, dans la cinquième observation de ce mémoire, on voit qu'il y avait occlusion du tube digestif depuis près de trente jours, qu'il y avait des vomissements de matières fécales, qu'il était impossible de reconnaître la cause et le siége de l'étranglement, et que la malade pouvait recevoir trois lavements.

Ces cinq observations résument déjà presque toutes les difficultés qui peuvent se rencontrer pour les obstructions des gros intestins.

En effet, pour la première opération, que j'ai pratiquée dans la région lombaire gauche, on savait que l'obstacle était situé à la partie supérieure du rectum: on a donc opéré sûrement à gauche, c'est-à-dire au-dessus de l'étranglement.

Pour la deuxième, on était encore mieux fixé sur le siége et la nature de la maladie, mais l'intestin était vide au-dessus, c'est ce qui a rendu l'opération plus difficile. En pareil cas, des injections d'eau et d'air devraient être faites dans le rectum, afin de distendre l'intestin et d'agrandir par conséquent l'espace celluleux, pour éviter plus sûrement d'ouvrir le péritoine, comme je l'ai fait récemment dans la quatrième.

Pour la troisième observation, on voit que le diagnostic a été tout à fait impossible à établir.

Pour la quatrième opération, on était presque aussi bien fixé que pour la deuxième. J'ai opéré à droite, parce que M. Piorry avait trouvé avec le plessimètre plus de matité à droite qu'à gauche, et enfin j'ai reconnu que l'obstacle était situé à la partie supérieure du rectum.

Enfin pour la cinquième, le diagnostic n'a pas pu être établi. L'obstacle, comme on l'a vu à l'autopsie, était à gauche, à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon ascendant. Dans un cas semblable, malgré l'incertitude du siége précis de l'étranglement, j'ouvrirais le colon lombaire droit, comme je l'avais déjà proposé pour cette malade, et comme je l'ai fait avec un plein succès pour la troisième opérée, madame B.

Comme on le voit, les difficultés sous le rapport du diagnostic et de l'opération ont été croissantes depuis la première jusqu'à la cinquième.

La première était facile, mais c'était la première que je pratiquais.

La deuxième, la troisième et la cinquième ont été fort difficiles: la deuxième, seulement à cause de la vacuité de l'intestin; la troisième et la cinquième, parce qu'il était impossible de savoir où était l'étranglement.

Quant à la quatrième, elle a été aussi fort difficile, malgré la certitude du diagnostic. La difficulté est donc inhérente à l'opération elle-même: il faut la faire sans autre guide que le tissu cellulaire adipeux du rein et le toucher.

Il est évident qu'il faudrait agir comme dans le troisième et le quatrième cas pour une obstruction du colon transverse, du colon lombaire droit et même du cœcum; et, dans ces deux derniers cas, on pourrait peut-être extirper la tumeur qui comprimerait l'intestin, si elle était de mauvaise nature.

En réfléchissant de nouveau aux difficultés que

'ai rencontrées relativement au diagnostic, je trouve que c'était la troisième opération, et non pas la quatrième, qui était la plus difficile, parce que chez la troisième malade on pouvait donner trois lavements, et qu'on devait supposer qu'ils arrivaient jusqu'à la valvule iléo-cœcale, et par conséquent on devait croire que l'obstacle n'était pas dans le gros intestin.

Relativement au lieu d'élection pour lopération, on voit donc que j'ai pratiqué deux fois l'ouverture artificielle à gauche et deux fois à droite. Une autre fois, malheureusement, j'ai pratiqué le procédé de Littre sur le cœcum, et, comme l'autopsie l'a démontré, j'aurais pu la faire aussi à droite, par mon procédé, avec un plein succès peut-être sous tous les rapports.

Maintenant, je reviens aux quatre opérations que j'ai pratiquées sans ouvrir le péritoine ; malgré l'opposition la plus décidée, le raisonnement et l'expérience de trois succès sur quatre operations doivent forcer les incrédules à se rendre à l'évidence.

Sans doute, mon premier succès pouvait être considéré comme un fait heureux seulement.

Le second, tout aussi simple, pouvait à la rigueur être aussi attribué à un hasard heureux ; cependant il devait fixer déjà l'attention des chirurgiens, et leur donner une grande confiance dans le procédé.

Mais il me semble que le troisième doit trancher la question, et prouver comparativement la différence des résultats qu'on obtient en ouvrant le péritoine ou sans l'ouvrir ; et je crois qu'il n'y a plus de parallèle possible entre l'opération de Littre et celle de Callisen modifiée. C'est donc une nouvelle opération acquise à la science, et qui doit incessamment entrer dans le domaine chirurgical.

Quant à la quatrième, je n'hésite pas à dire que si j'eusse pratiqué l'opération à une époque moins avancée de la maladie, il y avait beaucoup de chances de succès. D'ailleurs, la malade n'a pas succombé par le fait même de l'opération ; car, à l'autopsie, nous n'avons pas trouvé de traces de péritonite, ni d'épanchement dans la cavité abdominale.

J'espère que désormais les praticiens, au lieu de laisser mourir les malades en pareille occurrence, au lieu de dire que la maladie est au-dessus des ressources de l'art, au lieu d'abandonner les malades à une mort certaine, au lieu d'éviter de se donner la peine de tenter une opération hardie, j'espère, dis-je, que les chirurgiens ne reculeront plus devant la nécessité d'une pareille opération, puisqu'il est démontré maintenant qu'on peut la pratiquer sans ouvrir le péritoine. Il n'y a donc, dans ce cas, que le diagnostic du point précis de l'étranglement qui soit fort embarrassant ; mais il est déjà bien éclairci, et, avec beaucoup d'attention et de soin, en suivant la marche que j'ai tracée, on pourra, j'espère, presque toujours opérer sûrement au-delà de l'étranglement.

Avant de terminer mon mémoire, qu'il me soit permis de dire que j'attache une grande importance à cette innovation chirurgicale, ou mieux à ce perfectionnement du procédé de Callisen, et que je place cette opération au-dessus de mes autres travaux sous le rapport de leur utilité réelle.

Ainsi, avant la lithotripsie on avait la taille, et on pouvait vivre avec la pierre, péniblement il est vrai; mais enfin on pouvait vivre, tandis qu'un ne le peut avec une obstruction complète du tube digestif.

Avant la torsion des vaisseaux, on avait la ligature ; mais je dois dire cependant qu'avec la torsion des artères, seul et sans aide, on peut sauver la vie des blessés dans des cas où l'on ne peut faire la ligature, et bientôt, j'espère, la torsion sera substituée à la ligature. Je ne parlerai pas de mes autres travaux. Mais pour l'établissement d'un anus artificiel dans des cas désespérés, il est évident qu'on n'avait que l'opération de Littre, et cette opération est si grave et si chanceuse, qu'on y avait rarement recours. Pour établir la gravité comparative des deux opérations de Littre et de Callisen modifiée, ne pourrait-on pas dire que la première est à la deuxième ce que la taille est à la lithotripsie. Maintenant donc, j'ose dire qu'on possède une heureuse ressource, bien moins dangereuse même que l'opération de la hernie étranglée.

Ainsi, les étranglements internes du gros intestin, qu'on croyait naguères au dessus des ressources de l'art, seraient désormais moins redoutables même que les hernies étranglées. Ils laissent, il est vrai, une infirmité grave, et ce n'est pas payer la vie trop cher que de la devoir à une pareille infirmité ; d'ailleurs, elle est plus supportable encore qu'on ne le pense généralement, comme on peut s'en convaincre en relisant les observations de mes opérés.

(*Gazette des Hôpitaux*, *n*os 120 et 121.)

---

75. *Observations autoplastiques ;* par M. Burggraeve, de Gand.

1° *Restauration de la peau de la lèvre inférieure, du bas des joues, du menton et du cou, au moyen de la peau des épaules.*

Obs. — Une petite fille de 6 ans, à la suite d'une brûlure étendue, conserva une adhérence entre la tête et la poitrine. De fortes brides inodulaires tenaient la lèvre inférieure renversée en dehors et fixée au haut de la poitrine, et les joues, unies par des adhérences semblables, semblaient ne plus faire avec le tronc qu'une même partie. L'aspect hideux de cette difformité, joint à l'écoulement continuel de la salive, purent seuls engager le chirurgien à tenter une opération rendue aussi difficile par la nature de la maladie que par le jeune âge du sujet. Le haut des épaules étant la seule partie du voisinage qui eût été épargnée par la brûlure, c'est là qu'on alla chercher la peau destinée à réparer la lèvre et les joues. En conséquence, M. Burggraeve commença par detacher la tête et la lèvre inférieure de ses adhérences avec la poitrine, au moyen d'une incision étendue de l'un des angles de la mâchoire à l'autre, et passant au-dessous du bord adhérent de la lèvre. Un intervalle de quatre travers de doigt fut ainsi établi entre le menton et le sternum. Il tailla

alors sur la partie supérieure des épaules deux lambeaux quadrilatères, de six pouces d'étendue, qui furent repliés sur eux-mêmes et amenés au-devant de la lèvre et du cou. Leurs bords correspondants furent réunis sur la ligne médiane, au moyen de la suture à points séparés : les bords supérieurs, qui répondaient au bas des joues et à la marge de la lèvre inférieure, y furent fixés par de nombreux points de suture entortillée. Entre les bords inférieurs des deux lambeaux et la peau du thorax, il resta un intervalle d'un pouce et demi environ, qui fut livré à la suppuration. Les parties furent reconvertes de compresses froides. Le troisième jour, l'apparition de la gangrène, qui détruisit les bords contigus des lambeaux dans une étendue de 4 à 5 lignes, engagea le chirurgien à substituer aux affusions froides une couche épaisse d'ouate, qu'il appliqua pour rechauffer les tissus transplantés. La mortification s'arrêta, la réunion s'opéra partout d'une manière convenable, et la petite malade, présentée trois mois après à la Société de médecine de Gand, avait recouvré un visage sinon complétement exempt de difformité, du moins tel qu'elle n'était plus un objet de répugnance et de dégoût.

2° *Rhinoplastie indienne, ou réparation du nez au moyen de la peau du front.*

Cette seconde observation ne présente rien de particulier dans les détails du manuel opératoire suivi par M. Burggraeve. Elle a seulement donné occasion à ce chirurgien de formuler quelques règles sur les indications de la rhinoplastie. Il faut, suivant lui, pour qu'il soit permis au chirurgien de la pratiquer, que les parties qui forment la charpente du nez soient saines, car la perte totale de l'organe doit exclure toute tentative de restauration. Ce précepte, un peu timide, peut, jusqu'à un certain point, être justifié par l'exemple de ces organes informes qu'on a trop souvent vus à la suite de l'opération faite dans des circonstances pareilles; mais le plus souvent il ne faut accuser de ce résultat imparfait qu'un procédé vicieux ou qu'une exécution défectueuse; et, pour ceux qui ont été témoins des beaux succès obtenus par quelques chirurgiens, par M. le professeur Blandin en particulier, dans les cas de perte même totale du nez, la règle que pose M. Burggraeve ne paraîtra pas un jugement sans appel.

Les détails de cette observation de rhinoplastie conduisent encore M. Burggraeve à une autre conclusion pratique non moins digne d'attention. L'opération fut faite pour guérir un ulcère existant depuis vingt ans sur le dos du nez, et qui s'était montré rebelle aux médications les plus variées. Six semaines après la restauration, la récidive n'avait pas eu lieu; ainsi ce que n'avait pu obtenir tous les traitements locaux et généraux dirigés contre cette ulcération, la rhinoplastie l'avait opéré en peu de temps, et l'auteur en déduit cette proposition : que *les ulcères de cause interne ne contre-indiquent pas l'autopsie, que souvent même la partie malade s'en trouve heureusement modifiée, et qu'on a moins de récidives à craindre que lorsqu'on guérit par suppuration.* Cette remarque sur la solidité des guérisons des cancers après l'autoplastie n'est pas nouvelle; mais il y a deux manières différentes d'expliquer le fait. On peut, en effet, l'attribuer à une influence spéciale de l'autoplastie sur la vitalité des parties, influence qui y neutraliserait la disposition à une récidive; ou dire tout simplement que cela tient à ce que l'ablation des tissus malades est alors plus exacte et plus complète, parce que le chirurgien est sûr de trouver dans le lambeau qu'il va adopter un moyen de combler la perte de substance, quelque vaste qu'elle soit. Sans nous prononcer entre ces deux explications, voici un fait dont nous avons été témoins, et qui pourra mettre les lecteurs sur la voie de la solution. Une jeune fille avait été traitée dans plusieurs hôpitaux de Paris, à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à l'hôpital Beaujon, pour une ulcération siégeant depuis cinq à six ans sur la joue gauche, et contre laquelle avait échoué toute espèce de médication. A deux reprises déjà on avait excisé le fond et les bords de cet ulcère, mais toujours il avait reparu. Décidé enfin à en finir, M. Roux proposa à la malade d'appliquer l'autoplastie à cette affection rebelle et de combler la perte de substance avec un lambeau emprunté à la peau du bras. Elle y consent, et, tout étant prêt pour l'opération, le chirurgien commença par l'ablation exacte de toutes les parties malades, afin de pouvoir transporter sur des tissus sains le lambeau autoplastique. La place ainsi préparée pour le loger, M. Roux se disposait à le tailler, lorsque la malade, dont le courage ne s'était pas démenti jusque là, refusa obstinément de laisser continuer l'opération, et il fallut se contenter de ce qui avait été fait.... Il y a aujourd'hui quatre ans que cela est arrivé, et nous la rencontrons souvent parfaitement guérie!

(*Gazette méd. de Paris*, n° 39.)

---

76. *Sur le traitement chirurgical du goître par la ligature sous-cutanée;* par M. Rigal de Gaillac.

Le goître est une de ces affections inconnues, tantôt bénignes, tantôt rebelles, contre lesquelles la médecine n'a que des moyens empiriques, qui réussissent pourtant dans le plus grand nombre des cas. Mais quand l'iode et toutes ses préparations, quand la poudre de Sancy et autres remèdes de cette sorte ont échoué, alors des chirurgiens, plus hardis que prudents, ont osé recourir à ces ressources extrêmes de l'art, le fer et le feu; et l'on a tour à tour attaqué le goître avec les caustiques, les injections, les incisions, le séton, la ligature des artères thyroïdiennes, et enfin l'extirpation soit avec le bistouri, soit à l'aide de la ligature en masse. Or, quiconque examinera sans prévention ces diverses opérations, ne tardera pas à se convaincre que les premières n'ont véritablement pas de raison d'être, hors peut-être dans quelques cas rares et tout à fait exceptionnels; et que ce sont de pures expériences tentées sur l'homme au profit de la curiosité des

chirurgiens. L'extirpation seule est rationnelle en principe, et va droit à la racine du mal; mais s'il s'agit de l'extirpation avec le bistouri, l'application a de quoi effrayer tout praticien consciencieux, et quelques succès achetés à force de revers ne sont pas de nature à dissiper ces légitimes craintes. Reste donc la ligature en masse renouvelée et appliquée avec succès par M. Mayor, et qui en effet se présente avec autant d'efficacite et bien moins de périls que le bistouri; mais avec le procédé suivi par M. Mayor, la ligature en masse a bien encore sa gravité et ses dangers. Il faut commencer par disséquer la tumeur à sa base, de telle sorte qu'il y a une première opération sanglante à subir; et puis la tumeur, ainsi étreinte par la ligature, est condamnée à tomber en gangrène; et jusqu'à la section complète, le malade porte ainsi en avant du cou un foyer de putréfaction; et puis enfin il reste une large plaie et une cicatrice difforme. Aussi, malgré les succès de M. Mayor, cette opération n'a pas eu beaucoup de partisants; il est rare d'ailleurs qu'un goître devienne assez dangereux pour forcer en quelque sorte la main au chirurgien; et rien à nos yeux ne justifierait en pareil cas une opération de complaisance.

Mais enfin le cas peut se présenter où le goître détermine des accidents graves, assez graves pour que les malades, bien instruits du danger, réclament avec insistance une opération. Nous le répétons volontiers : le praticien ne doit pas se décider ici à la légère; mais la décision une fois prise, voici une nouvelle manière d'appliquer la ligature en masse, qui nous paraît tout d'abord préférable au procédé ordinaire. Nous devons cette intéressante communication à l'un de nos plus habiles chirurgiens de province, M. Rigal de Gaillac, et nous le laisserons lui-même raconter l'observation dans laquelle la nouvelle opération a été heureusement mise à exécution :

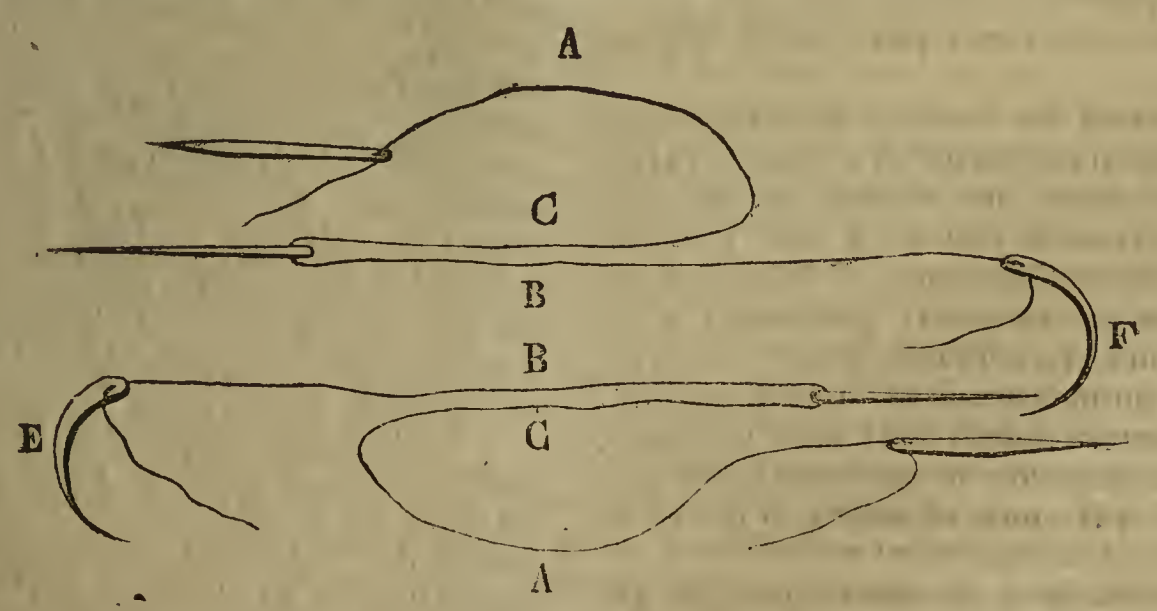
« Le dimanche 8 août 1841, nous avons lié, de concert avec M. Ballard, un goître assez bien circonscrit. La demoiselle Marie Saucaze, âgée de 19 ans, du village d'Esterre, près Luz, qui le portait, réclamait à grands cris une opération; il s'agissait pour elle bien moins de la beauté des formes que de combattre des accidents assez graves, tels qu'une dyspnée renaissante toutes les fois qu'elle devait se livrer à quelque exercice; des vertiges, des rêves nocturnes, de cauchemar, etc., etc. L'opération se trouvait justifiée par ces circonstances maladives jointes à la volonté énergique de la malade, et cependant ce n'est pas sans regret que j'y donnai mon assistance. Elle fut résolue dans une consultation entre MM. Ballard, Péjac, praticien des environs de Villeneuve-sur-Lot, le chirurgien sous-aide Ragneau et moi. Le procédé fut mûrement discuté, et de prime abord l'instrument tranchant fut rejeté. Nous résolûmes d'attaquer la tumeur par la ligature en masse, mais en trois parties distinctes, et ne voulant pas sacrifier la peau, nous songeâmes à rendre la ligature sous-cutanée. Pour cela nous prîmes deux longs fils bien cirés, qui furent armés chacun de trois aiguilles : la première, *droite et tranchante*, recevant l'une des extrémités dans son chas; la seconde, *longue*, *ronde* et piquante seulement, placée au milieu du fil qu'elle devait faire passer double à travers la tumeur; la dernière, *courbe et tranchante*, recevant la seconde extrémité de la ligature.

« Un pli de peau entraîné au-dessus de la tumeur, un pli semblable entraîné au-dessous, furent traversés de part en part au moyen de l'aiguille *droite tranchante*. On jeta de la sorte deux anses en haut et en bas de la glande thyroïde. Les parties, revenues à leur place, montraient quatre ouvertures ou piqûres, deux de chaque côté de la tumeur; le plein des fils fut alors conduit par-dessous la glande, entre elle et la trachée, par *l'aiguille ronde et piquante*, engagée dans une des petites piqûres latérales et ressortant par la piqûre opposée, et compléta les anses supérieures et inférieures, en fournissant les deux moitiés de l'anse moyenne; trois chapelets à fils séparés par un bâtonnet suffirent pour la compression.

« J'oubliais de dire que les aiguilles courbes furent engagées à leur tour de haut en bas et de bas en haut dans les trous, entraînant les deux moitiés de la ligature centrale, dont l'anse fut complétée par un nœud, tandis que les chefs passaient dans les grains du chapelet.

« Ce procédé, fort difficile à décrire dans tous ses détails, est d'une manœuvre facile et prompte. Il serait bon, dans un cas semblable, d'avoir deux fils de couleur différente. La figure ci-dessous en donnera une meilleure idée que toute description.

Fig. I.—*Disposition des fils et des aiguilles, et indication de leur marche à travers la tumeur.*

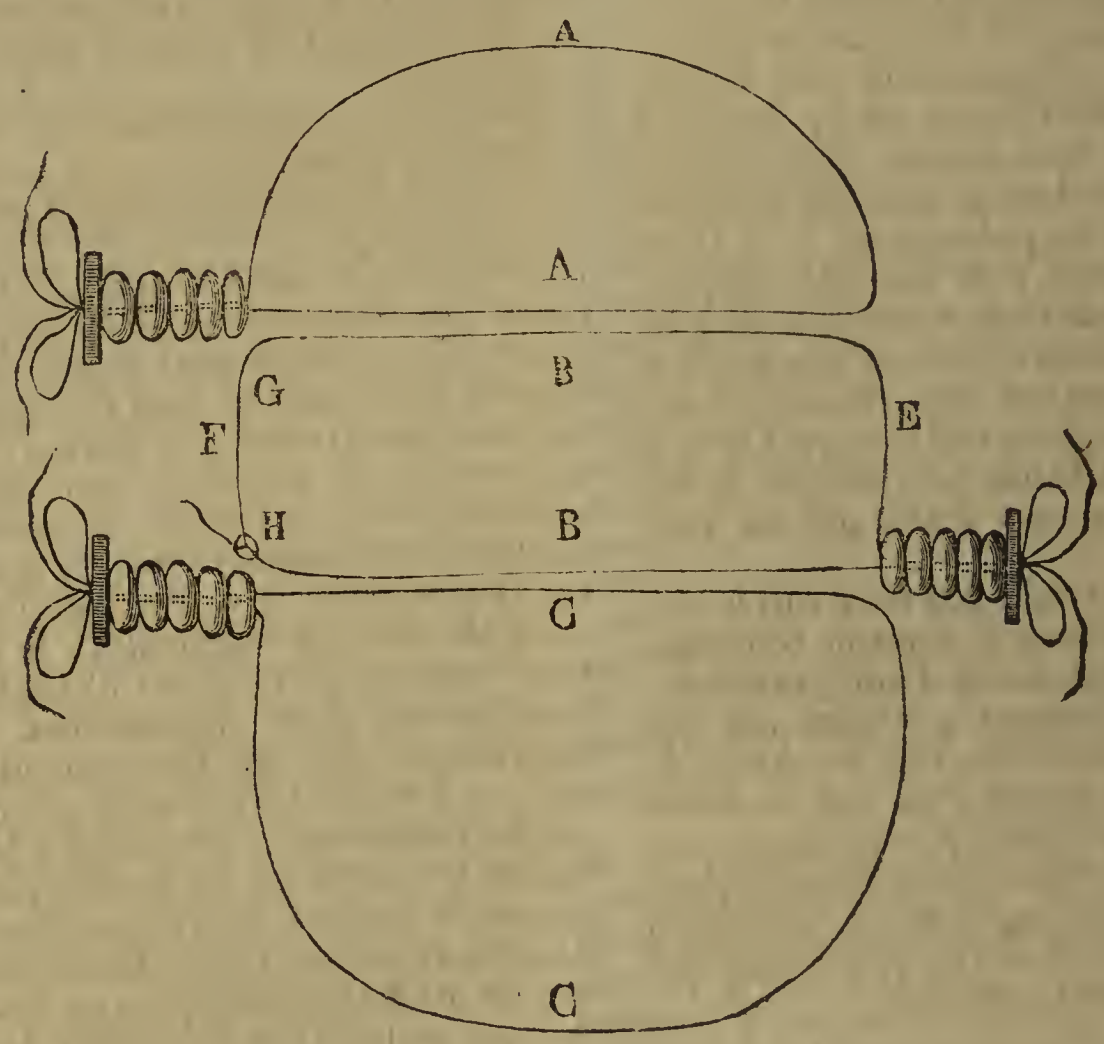


A A—Premières anses passées à travers les deux plis de la peau, en haut et en bas de la tumeur, à l'aide de l'aiguille droite tranchante, et qui, quand la peau est revenue à sa place, figurent un demi-cercle qui cerne la circonférence supérieure et la circonférence inférieure de la tumeur.

B C—B C—Deuxième anse passée dans les mêmes trous que la précédente, mais en droite ligne et par dessous la tumeur même, à l'aide de l'aiguille ronde et piquante; de telle sorte que, comme les trous de la peau, l'orsqu'on a abandonné le pli cutané à lui-même, sont revenus à peu près vis-à-vis le tiers supérieur et le tiers inférieur de la tumeur, les deux anses A C, A C, embrassent par-dessous la peau ces deux tiers de la tumeur, et peuvent être serrées isolément après qu'on les a séparées des fils B B. Ces deux fils doivent servir à étreindre le tiers moyen; pour cela, ainsi qu'il a été dit :

L'aiguille courbe F est enfoncée dans la piqûre supérieure pour ressortir par la piqûre inférieure du même côté; l'aiguille courbe E fait un trajet semblable de son côté; alors les deux fils B B étreignent le tiers moyen de la tumeur; on les lie d'un côté pour compléter l'anse, et on serre de l'autre les deux extrémités de cette anse nouvelle, comme on le verra dans la figure suivante.

Fig. II. — *Ligatures serrées en place sur la tumeur, celle-ci étant représentée de grandeur naturelle.*



A A, C C—Représentent les deux premières anses passées autour du tiers supérieur et du tiers inférieur de la tumeur, avec l'aide des seules aiguilles droites tranchantes et droites piquantes. Les extrémités de chaque anse sont serrées dans des serre-nœuds à chapelets. Ceci n'a pas besoin d'autre explication.

B B.—Représentent les deux fils restés en place par-dessous la tumeur, après qu'on a séparé et serré les deux premières anses. De ces deux fils, le supérieur a été passé sous la peu en E avec l'aiguille courbe pour rejoindre l'inférieur, et traverser ensemble les grains du chapelet. L'inférieur a été passé de même en F avec l'autre aiguille courbe, pour rejoindre le supérieur en G, et se nouer solidement avec lui pour compléter l'anse moyenne. Par une erreur du graveur, le nœud des deux fils a été placé plus bas en H; mais il suffit que le lecteur en soit averti.

« L'opération terminée, les chapelets seuls paraissaient au dehors. La jeune fille avait été admirable de courage; elle n'avait pas poussé un cri, et le sourire même errait sur ses lèvres.

« La ligature détermina une forte réaction fébrile, que M. Péjac combattit par deux saignées copieuses; quarante sangsues achevèrent de faire tomber l'inflammation qui avait retenti sympathiquement sur l'estomac, à l'exclusion des voies aériennes. Le 13 août j'allai voir notre opérée, et donnai issue, par un coup de lancette, à un peu de pus et une certaine quantité de gaz accumulé sous la peau; je resserrai les liens, et prescrivis du bouillon par petites prises de quatre en quatre heures. Mon but était d'empêcher que la vacuité de l'estomac ne favorisât l'absorption purulente.

« La ligature centrale est tombée le 28 août, après avoir scié tous les tissus qu'elle avait serrés; les deux autres chapelets sont encore en place. Le succès de l'opération est assuré. Plus de fièvre, l'appétit est revenu ainsi que le sommeil.

« En partant de Baréges, le 6 septembre, je fis une dernière visite à notre opérée. L'anse inférieure de la ligature était tombée le 2, la supérieure tenait à peine. Toutes les réactions ont cessé depuis longtemps. Marie Soucaze mange, dort et travaille ; il reste à peine trace du goître ; la respiration est libre ; tout présage une cure complète et durable. La peau, ulcérée sur les points qui servirent d'appui au chapelet, est restée intacte partout ailleurs. »

—Certes, après un si beau succès, il eût été permis de s'enorgueillir et rehausser un peu le mérite d'une opération aussi ingénieuse. Mais les chirurgiens consciencieux et modestes qui l'ont imaginée et mise à exécution ne se sont pas laissés éblouir par leur succès ; et nous ne saurions mieux faire que de transcrire les réflexions de M. Rigal lui-même.

« Faudra-t-il tenter la ligature de tous les goîtres assez bien circonscrits pour qu'ils semblent pédiculés ? La ligature sous-cutanée de la glande thyroïde doit-elle entrer dans le domaine commun de la chirurgie ? Je ne le pense point. — « Je ne « céderais pas aux instances de ma fille, disait le « docteur Ballard, si j'étais assez heureux pour en « avoir une, assez infortunée pour la voir atteinte « d'un goître qui menacerait son existense en de- « venant la source d'accidents sympathiques vers la « tête et la poitrine. » L'habile praticien ne se fait point illusion sur un succès acheté par les plus cruelles angoisses. »

Non, sans doute, il ne faut pas faire entrer des opérations de ce genre dans le domaine commun. Ce sont toujours des ressources d'une gravité extrême, et qui ne conviennent que dans des cas extrêmes, mais la nécessité une fois reconnue, le procédé nouveau nous paraît plus sûr et moins dangereux que tous les autres ; il se présente d'ailleurs comme une ressource facile et nouvelle dans les cas où l'on voudrait appliquer la ligature à d'autres tumeurs ; et c'est à ces titres qu'il méritait de trouver place dans notre *Bulletin*.

(*Bulletin gén. de thérapeutique*, octobre.)

---

77. *Observation d'un cas de luxation postérieure et latérale externe de l'articulation du coude, suivie de quelques réflexions sur cette variété de luxations huméro-cubitales;* par M. Vignolo, ex-chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

M. Duplessy, ancien sous-préfet dans le département de l'Ain, âgé de 60 ans, constitution saine et robuste, domicilié à Paris, rue Cassette, 13, traversant, au mois de mars 1830, la forêt de Meyriat, tomba sur la glace de manière que la main d'abord, puis le coude gauche supportèrent seuls le poids du corps. Par suite de cette chute, les deux os de l'avant-bras furent fracturés vers leur partie moyenne, et cette double fracture fut aussi accompagnée d'une luxation en arrière de l'articulation huméro-cubitale. Appelés peu d'heures après l'accident, MM. Baudin et Rendu réduisirent avec facilité la luxation du coude et obtinrent, au moyen d'un appareil convenablement appliqué, la consolidation parfaite, et sans difformité, de la fracture du radius et du cubitus, sans avoir eu à combattre aucun accident inflammatoire consécutif.

M. Duplessy ne se ressentait plus des suites de ce double accident, et jouissait d'une pleine et entière liberté du bras et de l'avant-bras qui avaient été le siége de cette lésion compliquée, lorsque le 5 mai dernier, traversant l'impasse Saint-Claude, il fit une nouvelle chute sur des barreaux de fer étendus sur le pavé, de façon que le poids du corps porta uniquement sur le coude droit, qui se trouva écarté du corps ; à l'instant même, M. Duplessy ressentit une douleur extrêmement vive à ce coude, avec impossibilité d'exécuter aucun mouvement de cette partie.

Transporté immédiatement à son domicile, le blessé a été déshabillé avec le plus de ménagements possibles ; son bras droit nous a présenté les symptômes suivants :

Déformation considérable de l'articulation du coude, qui est légèrement fléchi ; douleur et sensibilité excessives de cette région, qui offre un gonflement assez notable, sans être pourtant très-fort ; les divers mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination sont impossibles, et, en cherchant à les produire, le malade accuse une douleur excessivement vive ; les deux diamètres antéro-postérieur et transverse de l'articulation sont considérablement augmentés ; le transverse, surtout, offre un tiers de plus d'étendue que celui du côté opposé. Cette augmentation de diamètre est évidemment due à un dérangement opéré entre les surfaces articulaires des os, ainsi qu'à une saillie de parties molles qu'on remarque à la partie externe du coude, saillie qui est formée par le faisceau des muscles superficiels de la région antérieure de l'avant-bras qui s'insèrent à la tubérosité humérale externe, qui ont été fortement déjetés en dehors. Au-dessous de cette saillie, et en déprimant doucement les tissus, on en distingue une autre, dure, formée par la tête du radius qui a abandonné la petite tête de l'humérus pour se porter en dehors et légèrement en avant. Les rapports du radius et du cubitus paraissent d'ailleurs peu changés, si ce n'est toutefois l'extrémité supérieure du premier, qui semble située sur un plan plus antérieur que l'autre, au-devant duquel elle a glissé.

A la partie postérieure et externe du coude, en dedans toutefois du refoulement déjà mentionné des muscles anti-brachiaux, on voit une éminence dure et osseuse constituée par l'olécrane, qui, sortie de sa cavité, repose derrière l'épicondyle de l'humérus. Cette éminence, plus rapprochée de l'épicondyle que de l'épitrochlée, et située plus haut que ces deux tubérosités, est si prononcée, qu'en comparant les deux articulations on voit l'apophyse du côté malade excéder de douze lignes au moins sur un plan plus postérieur celle du côté sain. En dehors de l'olécrane, on sent, en palpant le coude avec attention, une dépression occupée par le muscle triceps brachial fortement tendu et appliqué contre l'os, dé-

pression qui n'est autre chose que la cavité olécranienne de l'humérus. Cette circonstance ne s'observe jamais quand il n'existe pas de luxation de l'avant-bras. Au côté interne du bras, le condyle huméral interne fait une saillie très-prononcée, séparée par un intervalle de quinze lignes environ du bord interne de l'olécrane.

La partie antérieure de l'articulation n'offre pas des désordres aussi évidents et aussi palpables; néanmoins, en examinant avec soin l'enfoncement transversal du pli du coude, on distingue assez bien, malgré le gonflement qui l'occupe, une saillie arrondie formée par l'extrémité inférieure de l'humérus recouverte par le tendon du biceps.

La région du coude, explorée d'ailleurs avec une minutieuse attention, ne laisse sentir dans les mouvements qu'on a cherché à lui imprimer aucune sensation de crépitation; il n'y a pas non plus de plaie extérieure aux téguments, ni de raccourcissement notable dans le membre. Les symptômes que nous venons de constater ne laissant aucun doute sur la lésion à laquelle nous avions affaire, et se rapportant tous à l'existence d'une luxation postérieure et latérale de l'articulation huméro-cubitale, M. Chassaignac, chirurgien des hôpitaux, a été mandé pour en opérer la réduction; aidé par nous et en présence du docteur Troussel, médecin ordinaire de la famille, il y a procédé de la manière suivante:

Le malade étant assis, l'extension et la contre-extension ont été pratiquées suivant la direction dans laquelle se trouvait le membre luxé, d'une part directement sur le bras, de l'autre sur le poignet, au moyen d'un lac tordu du côté de la face palmaire. Debout au côté externe de ce membre, M. Chassaignac l'a saisi de manière que les quatre doigts de chaque main fussent appliqués sur le pli du bras, et les pouces sur la saillie de l'olécrane; puis, quand les efforts de traction en sens inverse ont été portés jusqu'au point d'avoir attiré cette apophyse au-dessous des tubérosités de l'humérus, M. Chassaignac a fait fléchir brusquement l'avant-bras sur le bras, en même temps qu'il repoussait en dedans l'olécrane par le moyen des deux pouces. La réduction s'est opérée au même instant en faisant entendre un bruit particulier qui a été perçu par les assistants. Cette réduction, pratiquée trois heures environ après l'accident, a été extrêmement douloureuse pour le malade, qui s'est senti défaillir sous les efforts combinés de l'extension et de la contre-extension; mais elle a été suivie aussitôt de la restitution des mouvements de flexion et d'extension, qui auparavant étaient impossibles.

Le traitement consécutif concerté entre MM. Troussel et Chassaignac, et rigoureusement suivi par le malade qui fait le sujet de cette observation, a consisté dans des affusions froides continuées pendant 48 heures sur le membre maintenu dans la flexion; par ce traitement local, aidé de la diète pendant les premiers jours, d'une saignée pratiquée le lendemain matin, et d'un léger purgatif administré quelques jours après, on a pu s'opposer au développement d'accidents inflammatoires consécutifs. A l'emploi de l'eau on a substitué ensuite un bandage compressif méthodiquement appliqué sur toute la longueur du membre, et qui a été continué pendant l'espace de quinze jours.

Une semaine environ après la réduction de la luxation du coude, de légers mouvements de flexion et d'extension ont été conseillés pour prévenir la raideur de cette articulation; d'abord douloureux, ces mouvements, bien qu'incomplets, ont fini par être de plus en plus faciles, et au bout de 35 à 40 jours ils s'exécutaient complétement et parfaitement.

Ce traitement n'a été traversé par aucun accident quelconque; il s'est manifesté seulement, vers la fin de la première semaine, une ecchymose considérable qui a envahi une grande partie de l'avant-bras et du bras, et qu'il faut attribuer à une certaine quantité de sang épanché dans le voisinage de l'articulation luxée, par suite de la violente contusion reçue par cette partie au moment de la chute.

Cette observation intéressante sous plus d'un rapport mérite de fixer notre attention sur la variété des luxations huméro-cubitales, désignées sous le nom de luxations latéralles, sur l'existence desquelles quelques auteurs ont élevé des doutes. Il est vrai que, quoique les luxations du coude ne soient pas rares, celles dont il s'agit ici sont peu communes. Dans la plupart des cas, elles ont lieu, en effet, directement en arrière et en haut. La rareté de celles qui se font dans un sens latéral interne ou externe, comme le fait observer judicieusement Boyer, tient non-seulement à l'étendue et à la disposition des surfaces articulaires dans le sens transversal, mais aussi à ce que l'articulation est rarement exposée à soutenir des efforts capables de produire ces luxations.

Pour qu'une luxation latérale de l'avant-bras sur le bras puisse se produire, il faut, en effet, que l'effort qui tend à déplacer les surfaces articulaires agisse plus ou moins perpendiculairement à la direction du membre, et en sens inverse sur l'avant-bras et sur le bras. Il est inutile d'ajouter que cette luxation est toujours incomplète dans le sens latéral, et qu'elle peut avoir lieu de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. De ces deux variétés, la première, je crois, doit être plus fréquente, et elle arrive surtout lorsqu'un individu tombant d'un lieu plus ou moins élevé, et même de sa propre hauteur, comme dans le cas dont il s'agit, le coude se trouve écarté du tronc, et que le poids du corps porte ainsi sur le côté interne de l'olécrane ou de l'avant-bras. Dans ce cas, il pourrait aussi se faire que le choc portât sur l'épitrochlée, et on comprend qu'alors ce serait l'humérus qui serait luxé sur l'avant-bras supposé fixe, toujours de dedans en dehors.

Les luxations latérales peuvent encore être déterminées par d'autres causes; mais toujours est-il nécessaire qu'un effort violent porte sur l'une des extrémités articulaires, l'autre restant immobile, ou bien qu'une double violence pousse latéralement le bras et l'avant-bras en sens inverse. Ces circonstances coïncident rarement au moment d'un accident, et expliquent, comme nous l'avons dit, la rareté de ces luxations. Dans la grande majorité des cas, en effet, les luxations du coude sont le résultat d'une chute, et alors, par une espèce d'instinct automatique qui nous porte à garantir notre corps du choc, nous étendons le membre supérieur et la main, qui

éprouvent, d'un côté, une résistance très-vive de la part du sol, et, de l'autre, ont à soutenir une puissance plus ou moins forte, selon la hauteur et la vitesse de la chute, de la part du poids de tout le corps. De cette double force imprimée brusquement au membre supérieur à l'état d'extension et dans la direction de son axe, il résulte fréquemment une luxation soit à l'articulation de l'épaule ou du coude; mais dans le dernier cas elle a toujours lieu directement en arrière et en haut.

Les luxations du coude, mais surtout les luxations latérales, peuvent facilement être prises pour des fractures, et réciproquement celles-ci pour des luxations; le diagnostic différentiel de ces deux lésions, qu'il est si important de ne point confondre et sur lequel sir Astley Cooper et Dupuytren attiraient si souvent l'attention de leurs auditeurs, exige dans bien des cas une grande habitude chirurgicale, et un examen d'autant plus minutieux qu'il n'est pas toujours très-facile de l'établir, et que les méprises en pareille occasion ont toujours des suites fort graves. On évitera de se laisser induire en erreur si l'on a égard aux signes différentiels suivants, que nous empruntons au Traité de pathologie externe de M. Vidal de Cassis :

1° La fracture est due à une chute sur le coude; la luxation est l'effet d'une chute sur la main, l'avant-bras étant étendu.

2° Dans la luxation, l'apophyse olécrane a perdu ses rapports normaux avec les tubérosités qui surmontent en dedans et en dehors les surfaces inférieures articulaires de l'humérus; ces tubérosités restent sur la ligne représentant l'axe de l'humérus. Dans la fracture, ces saillies osseuses, situées en arrière de l'axe de l'humérus, conservent leurs rapports naturels avec l'olécrane.

3° Dans la luxation, l'avant-bras, légèrement fléchi sur le bras, est fixé dans ses rapports anormaux; il faudrait agir avec force pour le fléchir davantage, ou pour l'étendre complétement : on n'y parviendrait qu'en déterminant de vives douleurs. Dans la fracture, quoique les fragments soient moins mobiles que si la solution de continuité avait son siége vers le milieu de l'os, on peut cependant imprimer à l'avant-bras des mouvements qui se communiquent au fragment inférieur et, dans cette manœuvre, la crépitation se fait ordinairement entendre; nous ferons remarquer cependant qu'il faut distinguer cette crépitation de celle qui pourrait résulter quelquefois du frottement des surfaces articulaires.

4° Enfin, dans la fracture, la réduction se fait facilement, mais le déplacement se reproduit si on ne s'y oppose par l'application d'un appareil solide. La réduction de la luxation exige plus d'efforts, mais, une fois opérée, il n'y a plus de tendance au déplacement, à moins qu'il n'existe une complication d'une fracture de la base de l'apophyse coronoïde du cubitus.

Nous ferons observer, en terminant ce travail, que quelquefois une disposition individuelle expose plus facilement aux luxations des articulations. Cette disposition réside surtout dans la laxité des ligaments articulaires qui maintiennent en rapport de contiguité les surfaces osseuses. Telle est probablement la cause des deux luxations survenues successivement aux deux coudes chez le sujet de cette observation.

(*Revue médicale*, septembre.)

---

78. *Faits de luxation de la cuisse en haut et en dehors (luxation iliaque); réduction à l'aide d'un nouveau procédé*; par M. Orr.

Premier fait.—James Moran, âgé de quarante ans, tailleur de pierre, de constitution frêle, a été reçu le 17 mai, à l'hôpital de Dublin, dans le service de M. Williams, pour être traité des suites d'une chute d'un échafaud de la hauteur de six à sept mètres (20 pieds); il est tombé sur les pieds, mais il n'a pu dire précisément la position dans laquelle son tronc se trouvait. Il est resté insensible pendant un peu de temps, et en revenant à la connaissance, il a trouvé qu'il ne pouvait marcher ni se tenir debout sans secours.

A l'examen, quatre heures après l'accident, on a trouvé l'état suivant :

Le malade étant couché sur le dos, présente le membre inférieur gauche plus court que l'autre de deux pouces; la cuisse légèrement fléchie sur le pelvis, la jambe aussi sur la cuisse, et le membre entier dans la rotation en dedans. Cet état d'adduction est permanent, et se présente de manière que le genou du membre malade repose sur le genou du côté sain, le pied croisant l'autre obliquement sur le coude pied. Le trochanter est plus élevé et plus en avant que dans l'état naturel; il est très-proéminent. En mettant le membre dans la rotation, on sent la tête fémorale rouler sur la face externe de l'ilium, de la manière la plus distincte, l'individu étant très-maigre. Il existe une dépression dans l'aine, correspondant à la cavité cotyloïde. La cuisse peut être fléchie sur le pelvis, et portée aussi plus facilement dans l'adduction et dans la rotation en dedans, dans une plus grande étendue que dans l'état normal, et sans produire beaucoup de douleur; elle peut être portée dans la rotation en dehors, mais jusqu'à un certain point seulement, et très-peu dans l'abduction, la tête du fémur étant extraordinairement mobile sur la face externe de l'os iliaque.

En plaçant la patient debout, le grand orteil du pied gauche croise celui de l'autre côté, et le talon est élevé de manière que les orteils sont dirigés obliquement de haut en bas; la fesse est aplatie, son pli est moins marqué et plus élevé que celui de l'autre côté.

Vu l'état de flaccidité du système musculaire chez cet homme, on a pensé qu'on aurait pu essayer utilement la méthode proposée par M. Colombot. Le patient a en conséquence été fixé debout, et engagé à fléchir le tronc en avant, de manière à appuyer sa poitrine sur une table, et à fixer ses mains sur le bord opposé de la même table. Le chirurgien, placé debout au côté externe du membre luxé, a fléchi la jambe à angle droit sur la cuisse, empoigné le dos du pied avec la main droite, et la partie supérieure

et postérieure de la même jambe avec la main gauche ; il a exercé une pression lente et continue (extension descendante), en se faisant aider par la main d'un assistant placé à son côté, et il a essayé en même temps de déloger la tête de l'os en dirigeant la cuisse un peu en avant et en dédans. Après quelques instants, on a trouvé que la tête fémorale était descendue considérablement, au point qu'elle se trouvait au niveau de la cavité cotyloïde. Alors l'opérateur a tourné subitement la cuisse en dehors, mais la réduction ne s'est pas affectuée ; on a donc recommencé la manœuvre, mais sans plus de succès. On a alors appliqué les lacs, et l'on a réduit d'après la méthode ordinaire avec la plus grande facilité, et avec très-peu de force et très-peu de douleur.

(*Dublin med. Press.*, septembre 1841.)

—La méthode de M. Colombot, appelée *ostéotrépique* par l'auteur, dont on a fait usage sans succès dans ce cas, est loin d'être neuve. Nous avons rapporté ailleurs le passage de Monteggia qui décrit cette méthode (*V.* Dictionnaire des Dictionnaires, art. *Cuisse*). Cet auteur rapporte que plusieurs chirurgiens réunis, n'ayant pu un jour réduire une cuisse luxée, un homme de la campagne, espèce de vétérinaire, qui les avait vu opérer sans succès par les extensions ordinaires, leur dit que dans son pays, lorsqu'une vache, un bœuf, un âne ou un cheval avait un membre luxé, on le réduisait facilement en s'y prenant d'une autre manière qu'eux. Il a couché le malade par terre, a saisi le genou des deux mains, et a fléchi doucement la cuisse sur le bassin jusqu'à ce qu'elle devînt presque perpendiculaire ou verticale au tronc ; alors il a fait exécuter au genou un mouvement brusque de rotation de dedans en dehors et de bas en haut, et la luxation s'est réduite. C'est là la véritable méthode *ostéotrépique* qui n'a, comme on le voit, de neuf que le nom ; elle est parfaitement semblable à la méthode de Wight pour la réduction du bras (extension ascendante), et paraît basée sur les meilleures données anatomiques, puisque la position verticale déforme les forces opposantes par le relâchement musculaire qu'elle opère, et permet à la tête osseuse de glisser facilement vers sa place naturelle. Il nous semble, en conséquence, que la position donnée au malade par notre confrère de Dublin devait offrir tous les désavantages qu'elle a présentés dans la manœuvre. On a été cependant plus heureux dans le fait suivant.

Deuxième — fait. Peter Daly, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution athlétique remarquable, porteur de blé, à système musculaire immensément développé, a été reçu le 24 août dans le service de M. Williams, cinq heures environ après l'accident. La luxation avait été opérée de la manière suivante : Etant occupé à embarquer du blé, son pied a glissé, et il est tombé à travers l'*écoutille* du bâtiment ; le sac qu'il portait sur le dos lui est tombé sur la cuisse. Il n'a pu dire sur quel point le poids du sac a frappé le membre ; mais la présence d'une ecchymose a fait penser que c'est sur la partie inférieure et externe de la cuisse. Il ne peut rester debout qu'avec difficulté et douleur, mais il ne peut marcher.

A l'examen, le membre est d'un pouce et demi plus court que l'autre dans la rotation en dedans, les orteils dirigés vers la terre, et dans la même rotation le gros orteil reste appuyé sur le dos du pied de l'autre côté. Les symptômes étaient, au reste, identiques avec ceux du cas précédent, savoir : raccourcissement, rotation en dedans, adduction permanente, aplatissement de la fesse, élévation de son pli, proéminence et ascension du grand trochanter. Roulement sensible de la tête fémorale sur la face externe de l'ilium durant les rotations du genou ; ce roulement cependant est un peu obscur, vu l'immense épaisseur de la masse musculaire. Le membre cependant est rigidement fixé lorsqu'on veut le porter dans l'abduction et dans la rotation en dehors.

On essaie la réduction aussitôt l'entrée du malade, à l'aide de la méthode ordinaire, avec des lacs. Les extensions ont été faites par trois assistants forts ; mais la résistance des muscles a été insurmontable et la réduction impossible.

Sept heures environ après l'accident, M. Williams voit pour la première fois le patient ; il croit devoir essayer la méthode de M. Colombot. Il s'y est pris précisément comme dans le cas précédent ; l'extention a été continuée pendant trois minutes environ, la tête fémorale a paru descendre à peine ; on porte le membre dans la rotation en dehors, et la tête du fémur est rentrée dans l'acétabulum avec le bruit caractéristique de la réduction, mais à un degré extraordinaire. Le patient a à peine éprouvé de la douleur, excepté au moment de la rotation du membre en dehors, Aussitôt la réduction opérée, la symétrie du membre s'est rétablie. Du second au quatrième jour, le membre ayant été mesuré, a offert 20 millimètres (deux tiers de pouce) de plus de longueur que l'autre ; mais cet excès de longueur a disparu vers le sixième jour.

Le 18 août, il était bien portant et préparé à quitter l'hôpital, lorsqu'il a été retenu pour l'extirpation d'un petit kyste qu'il portait au mollet.

(*Ibid.*)

—Il ne faut pas oublier, dans l'appréciation de cette réduction, de tenir compte de l'effet préparatoire des extensions précédentes. Le système musculaire avait déjà été fatigué trois heures auparavant par trois aides vigoureux ; personne ne peut dire si la même méthode des lacs n'aurait réussi tout aussi facilement, et avec peu de force cette fois, si on l'eût réappliquée. Cette remarque, sans rien ôter à la bonté de la dernière manœuvre employée, a pour but de ne pas attribuer à la méthode ostéotrépique plus de mérite qu'il ne lui revient réellement.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 123.)

79. *Des incisions multiples dans l'érysipèle phlegmoneux ;* par M. Dassit, D.-M., à Confoleus (Charente).

Quoique l'emploi du vésicatoire dans les érysipèles plegmoneux ait pour lui l'autorité d'un grand nom, et que ce moyen ait été considéré par Dupuytren comme toujours efficace, il arrive quelquefois que les résultats ne sont pas aussi sûrs qu'on a bien voulu l'avancer. Quant à nous, dans plusieurs circonstances où nous l'avons employé, notre attente a toujours été trompée. Lorsque les symptômes de cette forme particulière de l'érysipèle ne sont pas enrayés, la maladie, en suivant ses périodes, détermine très-promptement la formation du pus dans les parties où siége l'érysipèle. En pareille conjoncture, la marche que l'on doit suivre est d'ouvrir sitôt que l'on sent de la fluctuation, si on ne veut pas s'exposer à voir des décollements très-considérables de la peau et des fusées purulentes, qui, par l'abondance de la suppuration, pourraient compromettre la vie des malades. C'était, au surplus, l'opinion de Boyer, dont l'autorité est encore si imposante lorsqu'il s'agit de faits pratiques.

Comme la marche de cet érysipèle nous est parfaitement connue, et que les parties ne se sphacèlent que par l'inflammation violente de la peau, il s'ensuit que pour faire cesser l'engorgement, le moyen le plus sûr et le plus logique est de débrider les parties par des incisions profondes, en appliquant, dans cette circonstance, le précepte adopté pour le panaris. Ce que nous avions fait par induction, l'expérience est venue le confirmer.

Un maçon se fait, en exerçant son état, une légère excoriation au pouce de la main droite; trois jours après, la main se tuméfie, le bras devient volumineux; à la rougeur, à la tension, à la douleur, il était facile de diagnostiquer un érysipèle phlegmoneux; comme la rougeur tendait à gagner le bras, on fit appliquer des sangsues dans le creux de l'aisselle, et un large vésicatoire fut mis sur tout l'avant-bras, le dos et la partie inférieure du bras. Le vésicatoire est enlevé vingt-quatre heures après sans avoir produit aucun effet! La maladie suivant ses périodes, nous songeâmes à pratiquer des incisions profondes, au nombre de sept, sur le dos, la main, la partie antérieure et postérieure de l'avant-bras; elles donnèrent issue à de la sérosité sanguinolente et à du sang. Le lendemain, l'érysipèle se trouvait borné et le membre avait diminué de grosseur; la nuit avait été meilleure et le malade avait pu prendre un peu de sommeil. Les jours suivants l'amélioration se soutint. Au bout de trois semaines de traitement, la guérison était complète.

Pour comprendre facilement les résultats de cette manière d'agir, il suffit de réfléchir aux phénomènes qui surviennent dans les inflammations suraiguës. Je crois que l'érysipèle phlegmoneux peut être considéré comme type; on sait que lorsqu'une partie est enflammée, le sang y abonde en plus grande quantité; que les vaisseaux capillaires augmentent de volume; enfin, il survient un véritable étranglement qui tend à déterminer le sphacèle; le moyen le plus sûr est de débrider largement; d'après cela, nous pouvons présager l'avantage des incisions multiples. Dans le fait suivant, les circontances nous ont fait modifier notre méthode.

Un jeune paysan est apporté, au moins de juillet dernier, à l'hôpital, où, en l'absence du chirurgien, je le fais placer dans mon service médical. Ce jeune homme, en fauchant, s'était fait, avec la pointe de sa faulx, une large incision sur le dos de la main; cette partie ne tarda pas à se tuméfier, ainsi que le bras et l'avant-bras; un médecin fut mandé près de lui et pratiqua des scarifications sur le dos de la main, tellement légères, qu'elles intéressèrent à peine l'épiderme. Je crois que son intention était bonne, mais comme il ne connaissait pas l'importance du moyen qu'il employait, son résultat fut nul; il ordonna, pour toute médication, de faire des lotions avec de leau de mauve. La maladie suivait toujours ses périodes, et le malade se rendit près du médecin qui l'avait vu dans le principe pour avoir des soins plus directs. Sa médication, dans une circonstance aussi grave, fut toute d'expectation. Je crois cependant qu'il se servit d'un moyen que les médecins d'autrefois vantaient outre mesure, c'est le digestif animé avec la teinture de myrrhe et d'aloès; il est inutile de dire qu'il n'obtint aucun résultat. La crainte qu'inspirait la position du malade, dans la maison où il se trouvait, le fit décider à entrer à l'hôpital.

Depuis dix jours que cet accident lui était survenu, la malade n'avait pas changé de vêtements : le bras érysipélateux était entouré de quelques tours de bandes jetées çà et là pour contenir quelques sales compresses; quelques brins de charpie étaient placés sur une large escarre de la partie inférieure de l'avant-bras. Dire que cette conduite a été tenue par un jeune praticien, n'est-ce pas faire souhaiter une sévérité plus grande pour la réception au doctorat? J'entre dans ces détails, car la propreté est d'un avantage immense dans les plaies, et on ne saurait s'entourer de trop de soins dans les pansements.

L'érysipèle, quoique ayant produit une escarre gangréneuse à la partie inférieure de l'avant-bras, n'était point borné; il avait envahi le bras; sur le dos de la main on sentait de la fluctuation, ainsi qu'à l'avant-bras; une sérosité purulente et fétide s'écoulait de l'escarre. L'état du malade était bon; la constitution n'étant point détériorée, et quelle que fût la gravité de cette affection, notre pronostic nous laissa quelques chances de succès.

Nos premiers soins furent de pratiquer des incisions profondes sur le dos de la main; elles donnèrent issue à une grande quantité du pus; d'autres furent faites sur la partie supérieure de l'avant-bras et la partie inférieure du bras, jusqu'au-delà des limites de l'érysipèle. Sous l'influence de cette médication, la fièvre, qui avait été si forte les jours précédents, perdit de son intensité, et le lendemain le bras avait diminué de volume. Après cela, les progrès de l'érysipèle furent bornés. Il est inutile de rapporter les moyens thérapeutiques que nous employâmes; ils furent identiques à ceux dont on fait usage dans les phlegmons ordinaires. Cependant

pour hâter la cicatrisation, lorsque la suppuration avait diminué, nous nous servîmes avec un très-grand avantage des bandelettes de diachylon.

Depuis longtemps il est de précepte chirurgical que le moyen le plus sûr et le plus efficace pour faire cesser les engorgements et empêcher la formation des escarres gangréneuses dans les inflammations violentes, est de faire des scarifications profondes. Chaque jour n'agit-on pas ainsi dans les anthrax, le charbon, la pustule maligne? pourquoi en serait-il autrement dans l'érysepèle phlegmoneux? La gravité de cette forme de l'érysipèle ne réside pas plus dans la constitution même des individus que l'anthrax. Sa cause et son effet ne sont que locaux. On voit qu'il y a une tension très-violente des tissus, et que la gangrène qui survient si promptement n'est qu'une conséquence de l'inflammation. La théorie, l'induction, l'expérience, concourent à nous montrer les avantages de cette méthode.

Deux faits ne sont pas suffisants, nous le savons, pour pouvoir établir une méthode thérapeutique; mais l'expérience journalière et peut-être celle d'hommes placés sur un plus grand théâtre, corroborent ce que nous venons d'avancer.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, octobre).

---

80. *Faits pratiques relatifs aux rétrécissements de l'urètre ;* par M. Bransby Cooper.

J'ai rencontré dans ces derniers temps plusieurs cas de coarctations urétrales qui méritent d'être connus, et qui démontrent la supériorité d'un traitement doux lorsqu'il n'y a pas urgence d'une opération sanglante, comparativement au traitement qui consiste dans le cathétérisme forcé. J'ai déjà traité cette question dans une autre publication, mais je crois n'avoir pas suffisamment insisté sur les moyens que j'emploie et sur les précautions à prendre quand il s'agit de soulager le malade de certains symptômes dont il se plaint plus particulièrement. Il faut cependant d'abord tenir pour certain que tous les dangers que la position du malade pourrait présenter, ne seront pas conjurés par une médication douce; car une méthode dans laquelle on n'emploie pas de force peut également produire du mal si elle est mal employée.

Lorsqu'on examine le rétrécissement pour la première fois, on peut se servir d'une sonde, soit en argent, soit en gomme élastique; son volume doit être celui de la sonde n° 6, qui est la meilleure selon moi. On explore parfaitement, avec elle, le siége et les conditions de la maladie; son volume est à peu près égal à la largeur naturelle de l'urètre, et elle glisse plus facilement que les sondes plus petites sans s'engager dans les lacunes du canal.

Arrivée au rétrécissement, la sonde doit le comprimer doucement, et s'il résiste, on doit insister quelques minutes sur cette compression, par la raison que si la résistance est produite par un spasme musculaire, l'insistance de deux à trois minutes suffira pour surmonter la contraction. Si l'obstacle résiste à cette manœvre, la chose dépend de la densité de la matière sécrétée accidentellement sur le lieu du rétrécissement.

Si la manœuvre ne produit ni beaucoup de douleur, ni écoulement de sang, on peut insister jusqu'au point où le chirurgien croit pouvoir le faire sang danger; mais si cela a lieu sans succès, il ne faut plus insister sur les secours mécaniques, à moins que la vessie ne soit très-distendue et les symptômes de rétention urgents; on aura plutôt recours à des applications de sangsues au périnée et à une potion purgative. Il arrive généralement que, par ce traitement, si le mal n'est déjà pas de longue durée, le malade en éprouve un très-grand soulagement. J'ai vu souvent des malades guérir en trois ou quatre jours à l'aide de ce traitement; mais si le cas est ancien, la difficulté d'uriner persiste malgré ces agents. Il faut alors en venir à l'application des bougies, puisqu'il est certain que l'obstacle est mécanique et non dinamique. Une nouvelle indication se présente, c'est la destruction de la matière accidentelle qui forme l'obstacle. On la remplit en maintenant un égal degré de force sur le rétrécissement, ce qui enflamme et ramollit celui-ci. Dans l'espace de peu de jours une suppuration a lieu, et à la cinquième ou sixième application de la sonde, le passage sera franchi, et la cure devient alors facile : c'est ce que j'appelle la seconde période du traitement.

C'est dans cette période que les plus grandes précautions deviennent nécessaires, car les fausses routes sont alors faciles si on ne dirige pas convenablement la pointe de l'instrument, et si l'on emploie de la force pour entrer dans la vessie. Il faut agir le plus légèrement possible; la moindre force déchire aisément la muqueuse, si, au lieu de porter sur la matière du rétrécissement, elle portait sur celle-ci.

Lorsque la muqueuse urétrale a été ainsi endommagée, il ne s'ensuit pas toujours immédiatement des accidents de nature à montrer l'erreur que le chirurgien a commise; au contraire, la facilité avec laquelle la sonde passe lui fait croire qu'il a bien franchi l'obstacle, et d'autant plus qu'il entre quelquefois dans la vessie malgré la fausse route, et qu'il fait sortir par la sonde un torrent d'urine, ce qui lui fait espérer une prompte guérison. Cependant, bientôt une infiltration s'opère dans la fausse route, un abcès se forme au périnée, qu'on est obligé d'ouvrir, et alors on voit l'urine s'échapper avec le pus. C'est là un remède sanglant qui a pourtant été nécessité par une faute commise par la méthode douce, et qui conduit à une autre médication, à l'incision immédiate du rétrécissement, opération que j'ai déjà décrite ailleurs.

Le fait suivant, que j'ai rencontré dernièrement avec M. Gaskill, de Chelsea, éclairera ce que je viens de dire sur les fausses routes qu'on produit aisément, même lorsqu'on n'introduit l'instrument qu'avec beaucoup de douceur, et sur les dangers qui s'ensuivent, même alors qu'on voit l'urine s'écouler librement, et que le malade croit marcher vers sa guérison.

Premier fait. — Homme de soixante-trois ans, sujet à des rétrécissements depuis trente ans, et à des difficultés d'uriner, sans pourtant aller jusqu'à la rétention complète ; il se passait lui-même de temps en temps des bougies; quelquefois cependant il négligeait ce moyen six à huit mois de suite. Cinq mois après la dernière attaque, il a éprouvé de la douleur au périnée, s'étendant aux régions inguinales. M. Gaskill applique des sangsues et des fomentations, remèdes sédatifs intérieurement, position horizontale. Durant ce temps, l'urine passe par le canal naturel; seulement le jet en est petit et bifurqué. Malgré ces moyens, la douleur et le gonflement augmentent, le scrotum s'épanouit et devient douloureux sans que la difficulté d'uriner augmente.

Le dixième jour, le volume du scrotum est immense et dans un état gangréneux ; le périnée bombé et dur; une tumeur existe à chaque aine, et pourtant l'urine rendue dans les vingt-quatre heures est en quantité naturelle; langue noire et sèche, peau chaude, physionomie décomposée, pouls petit et fréquent. Incisions profondes au périnée, écoulement d'une quantité considérable d'urine sanieuse; incision au scrotum, écoulement d'urine et de gaz. Le prépuce avait un volume prodigieux ; je n'ai pas voulu l'inciser ni introduire de sonde dans la vessie, le malade m'ayant paru prêt à succomber. Je lui ai prescrit de suite cinq centigrammes d'opium (un grain) et deux centigrammes et demi de calomel, et du quinquina avec de l'ammoniaque. Mieux progressif; détachement des escharres. Le huitième jour la sonde n° 4 passe facilement dans la vessie par l'urètre. Boissons vineuses et purgatives. Suivent les détails jour par jour; guérison.

— Dans les cas où une longue fausse route a été faite pour entrer dans la vessie sans qu'aucune extravasation urinaire ait eu lieu, il devient très-difficile de s'assurer avec certitude de l'existence de la fausse route ou plutôt du trajet fistuleux qui conduit à la vessie. Ces fausses routes ont lieu ordinairement à la région supérieure de l'utérus. On peut soupçonner leur existence par le libre passage des sondes plus droites que celles qu'on emploie communément et par la gêne que ces sondes éprouvent dans leur mouvement une fois arrivées dans la vessie.

Si la fausse route s'est opérée à la partie inférieure du canal, l'instrument prend une direction plus courbe et se meut dans la direction d'un segment plus large que celui de l'état naturel. Un doigt, passé dans le rectum, peut sentir l'instrument dévié de la route normale.

Les fausses routes de la région inférieure sont généralement la conséquence de l'emploi d'une très-grande force dans l'introduction de l'instrument pour des rétrécissements qui existent dans le bulbe ou près de lui, tandis que celles de la région supérieure sont la conséquence d'une pression continue contre l'obstacle, le pénis étant tiré en avant pour fixer le point d'opposition.

Dans l'un comme dans l'autre cas, le patient qui voit sa vessie débarrassée par la sonde se croit en voie de guérison, et il sera bientôt désappointé. Si le chirurgien reste quelques jours sans passer la sonde, l'obstruction du canal et la rétention urinaire reparaissent, car le canal accidentel ne peut rester plusieurs jours béant sans le passage fréquent de la sonde, à moins qu'une membrane muqueuse ne s'y soit formée, ce qui exigerait beaucoup de temps. J'ai observé un cas de ce genre. Après avoir passé la sonde pendant plusieurs semaines dans la croyance d'avoir rétabli le canal naturel dans toute sa longueur, l'instrument prit tout à coup une autre direction et entra dans la vessie, ce qui nous fit penser que cette nouvelle voie était la naturelle. Cela a eu lieu probablement parce que le rétrécissement s'est guéri spontanément par suite de la déviation de l'urine du canal naturel dans le canal accidentel. Le malade n'a pas souffert consécutivement de la fausse route, et je n'ai plus éprouvé par la suite de difficulté pour faire passer l'instrument dans la vessie à travers la voie naturelle.

Je cite ce cas non comme un fait rare, mais parce qu'il n'est pas commun d'en découvrir ainsi avec la sonde. Je crois au contraire que ces fausses routes sont tellement fréquentes, qu'elles existent dans la plupart des cas dans lesquels la difficulté du passage de la sonde continue pendant que le malade est en traitement. Au reste, les nécropsies des sujets qui avaient eu des rétrécissements démontrent que ces déviations de la sonde sont extrêmement communes.

Dans ces cas de rétrécissement qui résistent à l'usage de la bougie ou de la sonde, la densité de la substance accidentelle est tellement grande, que les instruments ne réussissent pas à la faire ramollir dans l'espace de quelques jours ou même de quelques semaines ; dans cette occurrence on doit avoir recours à la bougie caustique, non-seulement comme moyen destructeur de l'obstacle, mais encore comme capable d'enflammer celui-ci, de le ramollir, de le faire suppurer. Quelques applications de cet instrument produisent généralement un bon résultat ; je ne l'ai jamais vu manquer ; seulement ses heureux effets sont plus ou moins prompts. Il est des cas dans lesquels son efficacité est d'une rapidité étonnante. Par exemple, j'ai vu un cas obstiné de rétrécissement permanent (permanent structure), dans lequel j'avais essayé en vain pendant plusieurs semaines de passer une sonde et d'arriver dans la vessie; j'ai eu recours à la bougie caustique pendant huit fois seulement, et la sonde a passé alors facilement dans la vessie; le malade guérit radicalement.

La bougie caustique est aussi du plus grand secours dans le rétrécissement irritatif (*irritabls stricturs*), lequel donne toujours du sang au moindre attouchement de la sonde, produit des spasmes fréquents sans cause apparente, ou à la moindre exposition au froid, au moindre excès dans la boisson, ce qui se traduit par des difficultés d'uriner. J'ai à peine besoin de faire observer que les précautions que j'ai décrites ailleurs pour l'application du caustique sont ici particulièrement nécessaires.

Deuxième fait. Homme de trente-sept ans, robuste et bien portant en apparence, mais exposé, par suite de son état, aux intempéries atmosphériques, atteint d'un rétrécissement urétral depuis quinze ans, par suite d'une blennorrhagie. Le rétrécissement avait déjà été traité à l'aide de bougies ; le jet de l'urine avait repris ses dimensions natu-

relles après dix-huit mois de traitement ; mais plus tard le mal est revenu sous l'influence de l'usage des alcooliques et du froid. On est revenu aux bougies, mais sans succès ; elles n'ont pu passer dans la vessie. C'est dans cet état que le malade est entré à Guy's hospital.

A l'examen, on trouve deux rétrécissements distincts ; le premier commence à un pouce du méat, et offre un pouce d'étendue ; le second est un peu plus loin, et n'offre pas moins de longueur ; tous les deux sont très-durs et cartilagineux ; le premier ne permet pas seulement le passage d'un stylet fin. On prescrit l'usage de la pression permanente à l'aide d'une grosse sonde, le repos, etc. Quinze jours après son entrée, il est pris de rétention sans cause appréciable, et d'une nature si obstinée, que nous avons été sur le point de pratiquer la boutonnière; enfin cependant elle a cédé aux bains chauds, aux sangsues, aux cataplasmes, etc., et un petit jet d'urine est sorti. Nous avons fait usage de la bougie caustique tous les deux jours, ce qui a déterminé un écoulement abondant par l'urètre. Quinze jours après, le premier rétrécissement a pu être franchi par une petite bouchie, et deux jours après, le second. Trois jours plus tard une petite sonde a pu être introduite dans la vessie. Le volume de cette sonde a été augmenté par degrés ; l'écoulement urétral s'est accru considérablement d'abord ; une fièvre tierce s'est déclarée et a duré pendant un an. Enfin, la quinine, les émolliens locaux, ont fait disparaître tout cela et le malade est sorti guéri.

— On voit dans ce fait les avantages marqués de la compression permanente et de la cautérisation jointes aux émolliens.

Troisième fait.—La troisième observation a aussi pour sujet de faire voir les avantages de la cautérisation répétée tous les deux jours. Il s'agit d'un militaire âgé de trente-neuf ans, qui portait un rétrécissement ancien à deux pouces et demi du méat ; on l'avait plusieurs fois traité par les sondes et guéri temporairement : les récidives étaient accompagnées de rétention. Enfin, M. Cooper, après avoir combattu la rétention par les moyens doux qu'on vient de lire, a cautérisé tous les deux jours avec la bougie caustique, et déterminé par là un écoulement abondant, ramolli et franchi le rétrécissement, etc. Après plusieurs mois de traitement, le malade était presque guéri, mais l'auteur ne dit point si cette méthode expose à la récidive comme les autres.

Quatrième fait. — Homme âgé de cinquante-cinq ans, rétrécissement depuis seize ans dans la bulbe; rétentions complètes répétées depuis sept ans ; le jet est habituellement fin. Durant la dernière rétention complète, il entra à Bartholomew's hopital, où il a été soulagé, mais non guéri. Retour des symptômes de rétention ; il entre à Guy's hospital. Purgatifs, opium, bains chauds qui combattent les premiers symptômes ; un petit jet d'urine paraît; soulagement ; sonde caustique tous les deux jours ; écoulement abondant. Un mois après on franchit l'obstacle, on entre dans la vessie ; sondes dilatées, guérison.

— Il est évident, dit l'auteur, que ces différents moyens ne sont applicables que dans les cas où le mal ne requiert pas un secours d'urgence. Dans cette dernière occurrence, il conseille le cathétérisme forcé si le rétrécissement existe derrière le fascia périnéal profond, ou l'incision avec le bistouri.

(*Guy's hospital reports.*)

---

81. *Recherches sur les rétrécissements de l'urètre, sur le cathétérisme et sur les fausses routes ;* par M. Edward Cock.

Qu'un rétrécissement urétral qui a été souvent soumis aux manœuvres chirurgicales soit fréquemment, peut-être même généralement exposé aux fausses routes, c'est là un fait trop notoire pour que je prenne la peine de le prouver : il nous démontre cependant que la résistance présentée par un rétrécissement ordinaire est beaucoup plus grande que celle des parois saines de l'urètre au-devant de la coarctation, et qu'il est beaucoup plus facile de déchirer et de traverser l'urètre que d'obtenir la dilatation d'un rétrécissement ancien. Un chirurgien, surtout celui qui s'exerce à passer une sonde, échoue fréquemment dans l'introduction de l'instrument dans la vessie; mais l'autre échappe rarement à la lacération ; dans beaucoup de cas, la pointe de l'instrument perfore le canal généralement à sa partie postérieure, et est portée à travers le tissu cellulaire entre le rectum, d'une part, et l'urètre, la prostate et la vessie de l'autre, jusqu'à ce qu'enfin l'opérateur s'aperçoive de la fausse route et revienne sur ses pas.

Quelquefois le rectum lui-même est perforé et la sonde entre dans son intérieur ; cette circonstance est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine. Il est rare que le chirurgien ne s'aperçoive point de la faute qu'il a commise, car la fausse position de l'instrument lui indique la mauvaise direction qu'il a prise, ainsi que la douleur que le patient accuse ; le toucher par le rectum l'éclaire d'ailleurs facilement ; souvent aussi il y a une hémorrhagie abondante qui accompagne ou suit l'introduction de l'instrument.

Il n'est cependant pas dans mes intentions de m'arrêter dans cet article sur les lésions ou blessures qu'un chirurgien non habitué à ces opérations peut produire dans les parties adjacentes aux rétrécissements. Mon intention n'est ici que de faire connaître la nature et le degré des lésions que le canal éprouve presque constamment, même lorsque l'opérateur a réussi à introdnire l'instrument dans la vessie, l'effet de ces lésions étant de nature à compromettre le succès du traitement et à désappointer le chirurgien et le malade.

Il est admis parmi les chirurgiens que les rétrécissements anciens ou rétrécissements corfirmés (confirmed structure), sont rarement ou jamais complétement guéris ; que souvent, après que les symptômes si insupportables de la rétention urinaire ont été dissipés par l'introduction d'une sonde, le soulagement n'est que temporaire, la récidive étant ordinairement prompte. Il arrive assez souvent,

qu'après un traitement suivi avec les sondes de volume progressif et que l'urère a repris ses dimensions, les bienfaits ne sont pas permanents ; l'usage de la sonde abandonné, le jet de l'urine diminue progressivement, le malade est obligé de faire des efforts pour uriner, ce qui semble inconciliable avec la dilatation apparente du canal.

Lorsque le chirurgien est appelé pour un cas de difficulté d'uriner ou de rétention complète, il se felicite et félicite son patient en même temps d'avoir réussi à passer la sonde dans un canal qui peut-être, depuis plusieurs mois, avait à peine permis le passage d'un fin filet d'urine, continu ou goutte à goutte ; on dit alors qu'il a élargi le rétrécissement. Quelquefois l'introduction n'a lieu qu'au prix de l'écoulement de beaucoup de sang ; on dit alors qu'il a rompu le rétrécissement lui-même. On doit, je crois, entendre par-là la déchirure d'une des parois du point rétréci et l'ouverture d'une voie à l'instrument. Le principal objet cependant a été accompli, la sonde est entrée dans la vessie ; et la satisfaction éprouvée par le patient et par l'opérateur enlève peut-être à celui-ci l'envie de rechercher exactement de quelle manière il a obtenu son succès. Néanmoins, la petite quantité constante de sang, la douleur fréquente, qui résultent du passage de l'instrument même lorsqu'il entre dans la vessie, la cuisson et les frissons pendant le passage de l'urine, et la formation assez fréquente d'abcès au périnée, nous autorisent à conclure que l'instrument a dû franchir l'obstacle d'une manière différente de celle que l'opérateur s'est imaginée.

On a rarement l'occasion d'examiner les conditions de l'urètre à une époque rapprochée de celle de l'introduction forcée de la sonde. Aussi ai-je cru qu'on lirait avec intérêt quelques faits de ce genre que je possède ; ils conduisent à cette conclusion, que dans tous les cas où le rétrécissement est ferme et étroit, l'obstruction est plus souvent évitée que traversée par l'instrument. Je dois faire remarquer que parmi les cas que j'ai recueillis, j'ai choisi ceux dans lesquels il ne s'agit pas de fausses routes mortelles, mais bien de cas dans lesquels la mort a été occasionnée par d'autres causses, peu de temps après l'introduction de la sonde dans la vessie.

Premier fait. — Un homme âgé de soixante ans, adonné à l'intempérance, constitution usée, s'est présenté au dispensaire pour être traité d'une tumeur à la fesse, conséquence d'une affection rhumatismale ancienne. Une grande accumulation de matière existait profondément vers l'articulation de la hanche ; des symptômes typhoïdes sont survenus ; il s'est affaissé, et il est mort promptement. A l'autopsie, on a trouvé le col du fémur fracturé près de la tête, l'articulation en suppuration, et ses alentours couverts d'une quantité de pus fétide. Quinze jours avant sa mort, un abcès s'était formé au périnée, qui avait été ouvert ; il en etait sorti du pus fétide mêlé d'urine. On s'est alors assuré qu'il avait souffert d'un rétrécissement de l'urètre, et que depuis plusieurs années il ne vidait sa vessie que goutte à goutte. Depuis lors son urine avait passé librement à travers la plaie du périnée ; mais, quelques jours après, les symptômes de rétention étant reparus, on avait introduit une petite sonde dans l'urètre et elle était passée sans difficulté dans la vessie et avait fait sortir une quantité considérable d'urine. La sonde d'argent avait été remplacée par une autre en gomme élastique qu'il a gardé jusqu'à la mort. En ouvrant le canal de l'urètre, on l'a trouvé coarcté près du bulbe dans l'étendue de deux lignes environ. Une petite bougie n'a pu passer à travers l'obstacle, malgré l'usage d'une force considérable ; mais un stylet pointu a passé facilement. Immédiatement derrière la coarctation il y avait une ouverture ulcéreuse communiquant avec l'abcès périnéal. La sonde avait percé les parois de l'urètre immédiatement au-devant du rétrécissement et avait formé une fausse route le long de la partie supérieure du canal, séparée de celui-ci uniquement par la membrane muqueuse jusqu'à ce qu'elle est entrée dans la vessie par dessus la prostate.

Deuxième fait. — Un homme est mort d'une rétention urinaire suivie d'extravasation et de gangrène à travers le périnée, le scrotum et l'abdomen. Quelques jours avant sa mort, une sonde a été passée dans la vessie et a donné issue à une quantité considérable d'urine ; ce liquide a continué de couler à plein jet, mais le malade s'est plaint de douleur intense et cuisante ; il avait souffert depuis six ans du rétrécissement ; celui-ci avait été produit par une chute à califourchon sur une poutre. Les reins, les uretères, la vessie et la prostate ont offert des altérations propres à la pression produite par la rétention. Une coarctation ferme, cartilagineuse, qui pouvait à peine donner passage à un stylet, existait dans l'urètre membraneuse ; derrière elle le canal était dilaté comme une poche. La sonde avait évidemment passé à travers les parois de l'urètre avant l'obstruction, mais il nous a été impossible de nous assurer par quelle voie elle avait pu entrer dans la vessie, vu l'état morbide des parties.

Troisième fait. — Un homme âgé de cinquante-trois ans a succombé aux suites d'une longue extravasation urinaire, occasionnée par un rétrécissement probablement ancien ; mais l'histoire de ce cas n'a pas transpiré. Le scrotum et le périnée avaient été largement incisés, et on avait introduit une petite sonde dans la vessie ; mais le malade avait continué à rendre complétement ses urines par la plaie. Deux jours avant la mort on lui a introduit une sonde qui a fait sortir une quantité considérable d'urine fétide.

A l'autopsie, l'urètre a été trouvée presque oblitérée par une coarctation près du bulbe, entourée d'une induration étendue ; derrière celle-ci le canal était perforé par une ouverture ulcéreuse, à travers laquelle l'urine s'échappait et avait produit l'extravasation. Les instruments qu'on avait introduits avaient abandonné l'urètre au-devant du rétrécissement et étaient passés à travers les parties molles et fragiles pour rentrer dans le canal près de la prostate ; les reins, les uretères et la vessie étaient dilatés et malades.

Quatrième fait. — Un homme âgé de soixante-onze ans, de petite stature, très-grêle, a été attaqué d'une inflammation érysipélateuse à la jambe, qui a bientôt acquis le caractère typhoïde grave, s'est étendue promptement à la cuisse, puis aux veines superficielles et aux vaisseaux absorbants, ensuite

au tronc, et s'est terminée par la mort. Une semaine avant sa mort, cet homme se plaignait de difficulté pour uriner, qu'il déclara éprouver plus ou moins depuis plusieurs années. On lui introduit une sonde de volume modéré, qu'on a laissée dans la vessie pendant trois jours; puis elle a été retirée, et le malade a uriné sans sonde, mais par un jet fin.

A l'autopsie, l'urètre a été trouvé relâché et flasque, et assez large jusqu'à la portion membraneuse; là le canal se coarctait dans l'étendue de deux lignes, au point de n'admettre que la sonde n° 3.

La sonde qui avait été introduite n'avait pas passé à travers l'obstacle, mais bien à côté; elle avait marché entre le canal et le pubis, passé par dessus la prostate, et était entrée dans la vessie par une ouverture qu'elle s'était frayée immédiatement au-dessus de l'ouverture naturelle de l'urètre.

La trace de l'instrument offrait une surface ulcéreuse et gangrénée, mais aucune extravasation n'avait eu lieu; et comme après l'extraction de la sonde le malade n'éprouvait pas de douleur durant l'émission de l'urine, il est probable que ce liquide avait continué à couler à travers le canal naturel, et non à travers la fausse route. La vessie était flasque et ample; sa membrane musculeuse était formée de fortes bandes, entre lesquelles la membrane muqueuse faisait procidence, de manière à présenter d'innombrables sachets. Les uretères étaient dilatés et béants à leurs terminaisons, la prostate était un peu hyperthophiée.

Cinquième fait. — Un homme âgé de soixante-sept ans avait longtemps souffert de rétention urinaire par rétrécissement; enfin, cet état ayant empiré. on a introduit dans la vessie une sonde de calibre moyen, et l'on a retiré de l'urine. Il souffrait en même temps d'une affection pneumonique accompagnée de dyspnée et de prostration extrême. Il a succombé à cette affection le deuxième jour. La sonde avait été introduite régulièrement; il ne pouvait pas alors rendre une seule goutte d'urine par ses seuls efforts. A l'autopsie, on a trouvé les restes d'une péritonite avec épanchement d'un liquide sale et d'odeur ammoniacale; les cavités pleurales contenaient du fluide libre et de la lymphe plastique adhérente à la plèvre pulmonaire; au-dessous étaient plusieurs petits abcès pneumoniques; le poumon était emphysémateux. La vessie était très spacieuse et enkystée (concamérations), sa membrane musculeuse hypertrophiée, la prostate volumineuse, l'urètre très-ample, excepté au delà de la portion membraneuse où elle presente un rétrécissement probablement d'ancienne date. La coarctation offrait 2 lignes environ d'étendue, son ouverture peut à peine admettre la plus petite sonde. Il y avait deux fausses routes, évidemment de formation récente, par lesquelles l'urine avait passé depuis le premier cathétérisme, car il était manifeste que la portion rétrécie du canal, qui était entourée d'un cercle légèrement induré, n'avait pu être traversée par la sonde, son ouverture étant trop petite pour permettre le passage de l'instrument employé, et elle ne présentait aucune marque de dilatation. Une des fausses routes commençait à un pouce et demi en deçà de l'obstacle, passait à gauche et au-dessus du canal, s'éloignait d'environ trois pouces du canal de l'urètre, et rentrait dans ce canal par la paroi supérieure de la portion prostatique. L'autre fausse route partait immédiatement de devant l'obstacle par une ouverture lacérée au côté droit et inférieur du canal, et rentrait dans celui-ci près de la vessie, en perforant la prostate au côté droit du *verumontanum*. Une communication existait entre ces deux fausses voies vers le milieu de leur course, comme si la sonde avait voulu passer de l'une à l'autre. Il y avait par conséquent quatre voies pour entrer dans la vessie, indépendamment de la voie naturelle.

Sixième fait. — Un homme âgé de soixante ans est mort ascitique : il avait été ponctionné plusieurs fois. La dernière fois, avant de lui enfoncer le trois-quarts, j'ai essayé de lui sonder la vessie pour la vider, par la raison qu'il m'avait dit qu'il souffrait depuis longtemps de rétention urinaire. J'ai trouvé un rétrécissement que je n'ai pu franchir, et je me suis abstenu de le forcer. A l'autopsie j'ai trouvé le rétrécissement au niveau du bulbe : j'ai essayé de le dilater d'abord avec une petite sonde, puis avec une autre plus petite encore, mais la résistance a été tellement considérable que beaucoup de force n'a pu la franchir. Un gros stylet cependant a pu y passer.

— Tout en admettant que jamais l'intention de l'opérateur n'est d'entrer dans la vessie par une fausse route, je ne puis m'empêcher de penser, d'après ces faits, que les rétrécissements organiques sont plutôt éludés que pénétrés, et que l'on n'arrive souvent à la vessie qu'à travers une route artificielle qui n'est pas préalablement fixée par le chirurgien, ni peut-être connue consécutivement par lui. Le dernier fait éclaircit la difficulté physique, et dans beaucoup de cas l'impossibilité de franchir la coarctation organique par la seule application de la pression temporaire. C'est ce que j'ai pu vérifier plusieurs fois sur le cadavre, et je crois que cela justifie l'assertion qu'un rétrécissement de vieille date, qui devient solide et ferme, ne peut être pris d'assaut (textuel), et ne permet pas le passage d'un instrument plus large que son ouverture. Je crois qu'on peut déduire de ces faits quelques conséquences pratiques qui confirment les principes que je viens de poser. Le volume ordinaire du jet habituel de l'urine, les efforts et les épreintes que le malade est obligé de faire pour l'expulser, sont le meilleur et le seul moyen que nous possédons pour estimer les dimensions de la portion rétrécie du canal. Dans la plupart des cas, plus le rétrécissement est ancien et resté sans traitement, plus il est ferme et résistant; et nos investigations sur le commémoratif de la maladie nous permettent de juger s'il est prudent d'essayer d'introduire une sonde de volume double ou triple par rapport au diamètre du rétrécissement.

Ordinairement, pour introduire une sonde, on vise à maintenir la pointe de l'instrument en ligne directe avec le canal; mais il ne faut pas croire que la stricte exécution de ce précepte empêche d'éluder la coarctation et de faire une fausse route pour entrer dans la vessie, car il n'existe probablement aucune différence appréciable entre la position de l'instrument dans l'urètre ou immédiatement à côté de

ce canal. Après qu'une sonde a été introduite avec succès dans la vessie, il reste à savoir si elle est entrée à travers l'obstacle ou par un passage latéral. L'état consécutif du malade peut éclaircir cette question.

Lorsque, vu la situation de l'obstruction, une manœuvre heureuse ou quelques autres circonstances favorables, ont permis d'introduire sans violence, sans douleur et sans effusion de sang une petite sonde qui peut rester pendant un temps plus ou moins long, on trouvera presque toujours une amélioration remarquable dans les symptômes; le malade rend l'urine par un jet plus gros, avec moins de difficultés et d'épreintes; le canal est dans les conditions favorables pour subir une grande dilatation et permettre d'arriver à un succès heureux. Au contraire, on est désappointé sur les suites de l'opération, lorsque l'instrument a éludé l'obstacle en pénétrant. L'introduction elle-même a probablement été faite avec quelque degré de violence, et suivie de douleur et d'écoulement de sang. Après l'extraction de l'instrument, la fausse route peut se fermer immédiatement et le malade rester dans sa condition primitive, ou bien être traversée par l'urine, avec cuisson et irritation, ce qui donne lieu à des frissons et à un trouble constitutionnel; ou bien enfin, une infiltration partielle a lieu, et se termine par un abcès périnéal. Le cathéter peut être introduit et réintroduit encore avec un semblable résultat, jusqu'à ce qu'on croie convenable de suspendre ce mode de traitement, ou bien jusqu'à ce que la route nouvelle soit devenue suffisamment polie par la présence de l'instrument pour remplir les fonctions du canal urinaire.

On a prétendu qu'un nouveau canal pouvait être impunément établi; qu'il se couvrirait d'une muqueuse, et donnerait passage à l'urine comme le canal naturel. Je ne nie pas la possibilité du fait; mais les observations que j'ai pu faire ne m'autorisent pas à admettre une pareille conclusion. Les fâcheux effets d'une fausse route qui conduit dans la vessie dépendent de sa situation, de son étendue, du degré de déchirement qui l'accompagne, et de l'irritabilité de la constitution de l'individu.

J'ai déjà fait voir que dans certains cas un court canal artificiel peut exister à côté d'un rétrécissement, et l'état du malade s'améliorer néanmoins par la diversion du liquide du canal naturel rétréci. Dans d'autres cas, le nouveau passage ne reste ouvert qu'autant que la sonde est laissée en permanence, ou bien il ne reste ouvert que pendant quelque temps seulement, jusqu'à ce que la nature le cicatrise; alors les premières incommodités reparaissent. Je puis assurer que tous ces événements ne sont pas rares : on les attribue au retour sur elles-mêmes de la coarctation dilatée, tandis qu'elle a toujours existé, l'instrument ne l'ayant pas dilatée.

J'ai observé plusieurs cas de personnes qui avaient subi un traitement par des sondes pour guérir d'un rétrécissement obstiné, et chez lesquelles j'ai trouvé, par l'examen attentif des symptômes, que l'amélioration n'avait été apparente, que le rétrécissement avait toujours persisté, la sonde ayant passé à côté; les parois du canal étaient granuleuses, fournissaient beaucoup de pus et étaient fort douloureuses; l'urine sortait difficilement, avec douleur et spasme, et l'existence était devenue misérable par ces souffrances et les rétentions répétées. Ces circonstances rendaient le cathétérisme nécessaire; l'introduction de la sonde était fort douloureuse, et ne procurait qu'un soulagement temporaire. L'auteur termine en rapportant deux exemples de ce cas. (*Ibid.*)

---

82. *Cystotomie périnéale pratiquée chez un individu dont la portion prostatique de l'urètre était oblitérée;* par M. Vottem.

Voici les circonstances les plus importantes de cette observation, intéressante par les complications nombreuses qui entouraient la maladie principale, et par la manière dont elles ont été surmontées.

Obs. — M. B..., affecté depuis vingt-cinq ans d'un rétrécissement de l'urètre, vit subitement se développer au milieu du périnée un abcès qui fut ouvert. Malgré cette incision, il survint une rétention d'urine complète, et telle, qu'aucune sonde, quelque faible que fût son volume, ne pouvant être introduite dans la vessie, il fallut recourir à la ponction hypogastrique. Depuis lors, le malade urina par une sonde placée dans le trajet fistuleux, l'urètre demeurant tout à fait oblitéré.

Les choses étaient dans cet état, lorsque, trois ans après environ, de nouveaux accidents apparurent, et il fut aisé de constater, à l'aide de la sonde hypogastrique, la présence d'un calcul volumineux dans la vessie. Divers moyens furent proposés : la lithotritie d'abord, mais la vessie était trop irritable, la pierre trop grosse, et d'ailleurs, l'urine ne coulant plus par l'urètre, les fragments seraient restés dans le bas-fond du viscère. On chercha aussi, mais sans succès, à dilater l'ouverture située à l'hypogastre, à l'aide de l'éponge préparée. La cystotomie seule était donc praticable, mais il y avait encore bien de l'hésitation sur le choix du procédé à employer; et d'abord, M. Vottem rejeta l'idée de la taille hypogastrique, parce qu'il avait dû s'établir, grâce à l'ancienneté du canal artificiel existant dans ce point, des adhérences telles entre la vessie et la paroi abdominale, qu'il eût été impossible d'écarter le péritoine pendant l'opération, et qu'on n'aurait pu éviter de le couper. La méthode recto-vésicale fut aussi mise de côté, ou du moins réservée pour le cas où l'on ne pourrait réussir à exécuter l'une des tailles périnéales. Mais, parmi celles-ci, à laquelle donner la préférence, ou, plutôt, laquelle était possible? M. Vottem essaya d'abord de porter, jusque dans le col vésical et dans la portion prostatique du canal, une sonde introduite par la plaie de l'hypogastre, et qui aurait ainsi servi de conducteur au cystotome, pour terminer l'opération comme dans la méthode bi-latérale; mais il ne put y parvenir. Il s'arrêta en conséquence à un plan calculé d'après l'état des parties, et qui, prévoyant tous les obstacles, toutes les impossibilités même, devait conduire sûrement au but. Il introduisit d'abord

un cathéter dans l'urètre jusqu'à l'oblitération de la région prostatique; puis il fit l'incision du périnée comme dans la méthode bi-latérale, et de manière à arriver sur le cathéter. Poussant alors cet instrument dans la direction connue du canal, il chercha à le faire pénétrer dans la vessie; mais ces tentatives, exécutées avec une certaine force et répétées même avec la sonde conique de Boyer, ne furent pas suivies de succès.

Il fallut donc abandonner l'espoir de terminer l'opération en incisant les mêmes parties que dans la taille bi-latérale, et se décider à ouvrir la vessie dans son bas-fond. Une sonde M. Mayor, introduite par la plaie de l'hypogastre, fut poussée dans ce point, et on sentit avec le doigt son extrémité faisant saillie au-devant du rectum, et immédiatement derrière la prostate. Couper la paroi vésicale, faire sortir, à travers cette ouverture, la sonde dont on réséqua le bout, afin de pouvoir placer l'extrémité du cystotome dans sa cavité centrale, et pousser sur ce conducteur le cystotome jusque dans la vessie, en retirant la sonde de Mayor, tout cela ne fut l'affaire que d'un instant. On ouvrit alors, au n° 18, l'instrument, et, en le retirant, les deux côtés du bas-fond de la vessie furent divisés en travers, dans une étendue suffisante pour permettre l'extraction de quatre calculs, dont deux adhéraient à la vessie. Le malade guérit assez rapidement.

M. Vottem, exposant ensuite les considérations qui l'ont décidé en faveur de ce procédé opératoire, fait remarquer que la section des canaux éjaculateurs, suite nécessaire de l'incision transversale telle qu'il l'a pratiquée, n'avait pas ici les mêmes inconvénients qu'à l'ordinaire, à cause de l'oblitération de l'urètre, qui empêchait l'éjaculation. Il avoue d'ailleurs que son opération, bien qu'elle ait réussi, ne peut être appelée à prendre rang parmi les méthodes générales, et ne convient que dans des cas exceptionnels semblables à celui-ci. Peut-être trouvera-t-on qu'il s'est un peu trop aisément déterminé à inciser le bas-fond de la vessie, au lieu de chercher à pénétrer à travers la prostate; mais ce qui répondra aux critiques qu'on pourrait faire dans ce sens, c'est que le toucher rectal avait appris que la prostate n'avait, chez ce malade, que le volume d'une noisette, et que, par conséquent, sa division, même complète, n'eût pas fourni une voie suffisamment large pour la sortie des calculs.

(*Ann. de la Soc. de méd. de Gand.*)

---

83. *Sur les sources de l'hémorrhagie après la lithotomie ;* par M. Spence.

L'hémorrhagie après l'opération de la taille doit-elle toujours être attribuée à la maladresse du chirurgien? ou bien est-elle au contraire un accident que la plus grande prudence, que la plus stricte observation des règles de l'art ne peut sûrement conjurer? C'est la seconde manière de voir qu'adopte l'auteur, et le but de son article est de montrer que les irrégularités nombreuses de distribution des artères périnéales exposent les praticiens, même très-instruits, à léser ces vaisseaux, dont rien ne peut d'avance faire pressentir le trajet et la situation. Ses observations, qui portent sur près de 73 dissections, sont bornées à ce qui concerne la taille latéralisée.

L'artère honteuse interne, que la plupart des auteurs déclarent absolument à l'abri de toute lésion, y serait, d'après M. Spence, au contraire, très-exposée, et il cite en preuve 8 cas, appartenant à Blicke, à Desault, à sir E. Home, à Physick, à M. Lowe Whœler, à M. Crosse. Dans ces exemples, l'opération avait été faite avec le gorgeret tranchant ou le lithotome caché, et presque toujours on put lier l'artère qui avait été ouverte. Nous ne sommes pas persuadé que le vaisseau blessé fût, en effet, la honteuse interne, et nous appuyons cette opinion, contraire à celle de l'auteur, d'abord sur ce que la dissection des parties ne fut pas faite, puis sur les expériences où Béclard et M. Blandin n'ont pas pu parvenir à inciser cette artère, en répétant la manœuvre de la taille, lors même qu'ils cherchaient volontairement et à dessein à produire cette lésion sur le cadavre. Ces diverses observations et nos remarques s'appliquent à des cas où l'artère suivait sa marche normale; il n'en serait pas ainsi dans des cas où, comme l'a vu Monro, l'artère se divisait en trois branches, dont l'une se dirigeait le long de la membraneuse de l'urètre vers le bulbe, et dans celui du docteur Allen Thomson, où l'artère, croisant obliquement la partie membraneuse de l'urètre, était placée tout à fait au-dessous du ligament antérieur de la vessie. La blessure de l'artère eût été ici inévitable, soit au moment où on ouvre l'urètre, soit à celui où l'on incise la prostate.

Les artères hémorroïdales inférieures ne sont pas fort à craindre dans la taille latéralisée, soit à cause de leur situation en arrière et hors des limites où l'incision se renferme ordinairement dans ce sens, soit à cause de leur petit volume. M. Spence cependant a vu plusieurs fois l'artère traversant l'espace ischio-rectal sans se diviser en branches, circonstance qui aurait rendu sa lésion plus dangereuse si l'instrument tranchant l'avait atteinte.

L'artère transverse du bulbe est dans les mêmes conditions. L'auteur avoue même que, dans six opérations qu'il a faites sur le cadavre, pour déterminer quelles sont les chances de la léser, il n'a jamais remarqué qu'elle eût été entamée, quoique l'instrument l'eût approchée de très-près. Du reste, ce danger serait sûrement évité si, conformément aux sages préceptes de M. Malgaigne, on prenait le parti de ne commencer l'incision des parties molles qu'à 5 ou 6 lignes de l'anus.

Sur un sujet, disséqué en 1837 par M. Spence, l'artère du bulbe naissait comme à l'ordinaire, puis elle se dirigeait en arrière jusqu'auprès de l'anus, d'où elle revenait de nouveau en avant pour gagner le bulbe. Cette disposition l'exposait évidemment à être lésée pendant l'opération.

L'auteur appelle encore l'attention sur une variété importante de l'artère prostatique; elle se divise habituellement avant de pénétrer la glande; mais quelquefois, au contraire, elle vient se placer, sans être ramifiée, à sa surface périnéale, et pourrait

donner lieu à une hémorrhagie considérable, si, comme l'a observé 8 fois M. Spence, elle conservait dans ce point le volume de l'artère du bulbe.

(*Edinburgh Journ. of Med. Science.*)

---

84. *Considérations sur les abcès dans l'épaisseur des parois vésicales et sur leur traitement;* par M. Civiale.

(Fin) (1).

Il est difficile de déterminer quelle sera l'issue d'une collection purulente développée au pourtour de la vessie ou dans l'épaisseur de ses parois. La situation de la tumeur donne la probabilité, mais non la certitude, que le liquide prendra telle ou telle direction. On l'a vu s'épancher dans la cavité péritonéale, à l'extérieur, vers l'hypogastre ou du côté de l'ombilic, à l'intérieur, dans le vagin, la matrice, le rectum, le colon, le tissu cellulaire pelvien. On pourrait penser qu'il s'opère parfois une sorte de résolution incomplète, suivie d'une induration circonscrite des parois vésicales. Peut-être y a-t-il d'autres modes de terminaison qu'il ne nous est pas encore donné de déterminer. Quoi qu'il en soit, le plus communément, l'abcès, pour peu qu'il soit considérable, se fraie une issue par l'un des points que je viens d'indiquer; mais on prévoit combien les conséquences doivent varier.

Si l'épanchement a lieu dans la cavité abdominale, comme on en cite divers exemples, et comme je l'ai observé moi-même, les accidents les plus graves en sont la conséquence; c'est ce que les autopsies viennent nous révéler. Je citerai à ce sujet le fait suivant :

Le 6 mars 1840 fut admis, à Necker, un homme, âgé de cinquante-huit ans, exerçant la profession de tonnelier. Cinq mois auparavant, cet homme, qui jusqu'alors avait joui d'une assez bonne santé, s'était avisé de boire de l'eau très-froide, étant en sueur. Il fut pris sur-le-champ de fortes coliques, qui cédèrent néanmoins au repos et à la diète. Mais depuis lors les envies d'uriner devinrent très-fréquentes, et chaque émission laissait à sa suite de vives douleurs, tant au col de la vessie que dans toute la région hypogastrique. Le malade en éprouvait aussi dans les reins. Un médecin qu'il consulta lui fit établir, au-devant du pubis, un séton, qui, ne produisant aucun effet, fut supprimé dix jours après. Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y avait faiblesse générale, peu d'appétit, langue blanche, urines très-fréquentes, chargées de mucosités et rougissant à peine le papier de tournesol, douleurs vives dans la vessie, le bas-ventre et la région lombaire. Le cathétérisme n'avait rien fait découvrir. Je préparai le malade à une exploration plus complète par des boissons diurétiques, des bains, des lavements émollients et l'introduction des bougies molles dans l'urètre. Quatre jours après l'admission, les douleurs de bas-ventre augmentèrent, et il se manifesta un léger accès de fièvre. On suspendit l'usage des bougies, et l'on prescrivit la diète, avec des cataplasmes laudanisés sur les parties douloureuses. Le lendemain, 11 mars, le malade fut pris d'envies d'uriner très-intenses, qu'il ne put satisfaire, et qu'accompagnaient des fortes contractions des muscles abdominaux, avec douleurs dans le bas-ventre. Une sonde introduite dans la vessie, n'amena point d'urine, quoiqu'il n'en fût pas sorti spontanément depuis cinq heures. De vives douleurs se faisaient ressentir en même temps dans les reins; un bain et une potion opiacée procurèrent quelque soulagement. Le 12, le malade était très-abattu, et les mêmes symptômes persistaient. Le 13, à huit heures du soir, les envies d'uriner s'étant renouvelées, on introduisit la sonde, qui ne procura la sortie que d'une très-petite quantité d'urine trouble et fétide. Le 14, survint le dévoiement. Le 15, le malade fut pris de hoquets; il avait le pouls très-agité, la langue sèche, la peau couverte de sueur, la respiration gênée, symptômes qui continuèrent les jours suivants, la faiblesse faisant toujours des progrès. Le 19, il y eut, dans la nuit, des vomissements, qui se renouvelèrent plusieurs fois. Vers le matin, le malade était constamment assoupi; les douleurs n'avaient point diminué, non plus que le dévoiement. Le 21, la mort eut lieu. En ouvrant l'abdomen, on reconnut que la face antérieure de la vessie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale, au-dessus des pubis, derrière le point où jadis avait été établi le séton. Derrière cette adhérence existait une cavité qui aurait pu loger un très-gros œuf de dinde, et qui communiquait avec l'abdomen par une ouverture presque circulaire d'un pouce et demi de diamètre environ, dont les bords étaient découpés et comme frangés. La cavité elle-même contenait un pus épais, fétide, gris et strié de noir, dont on faisait sortir une plus grande quantité en appuyant sur la vessie. Adjacent à la face postérieure du corps des pubis, cet abcès s'étendait à droite et à gauche, au point de s'engager sous les anneaux inguinaux. Sa face correspondante au pubis était criblée de trous; on y distinguait plusieurs filaments isolés, disséqués, s'étendant d'un point à l'autre du foyer. Au centre de la partie adjacente à la paroi antérieure de la vessie, on apercevait une ouverture par laquelle l'abcès communiquait avec le viscère. Cette ouverture était ovale et lisse; elle ressemblait à l'orifice d'une cellule. La vessie, ouverte par sa fosse postérieure, ne laissait découvrir aucun vestige du trigone, de la saillie prostatique, ni de l'orifice urétral, qu'on ne put reconnaître qu'après avoir passé une sonde dans l'urètre. Au-dessus de l'orifice urétral se trouvait une dépression notable; on eût dit que la vessie avait essayé de s'engager sous l'arcade pubienne. A la partie supérieure de cette dépression, la face de l'organe était accolée au pubis, et la même partie abdominale, avec laquelle elle avait contracté de fortes adhérences. Plus bas que l'orifice interne de l'urètre, dans le point correspondant au rebord postérieur du trigone, on voyait une petite bande liga-

(1) Voir le précédent cahier de l'Encyclographie.

menteuse, isolée, détachée vers son milieu, et implantée de chaque côté près des orifices des uretères. Du reste, la face interne de la vessie, de couleur livide pâle, avec des points noirâtres, était inégale, bosselée, granulée, striée; elle représentait une vaste surface cancéreuse, cicatrisée, ou une cavité purulente tapissée de végétations. En voyant la pièce isolée, il eût été difficile d'y reconnaître la vessie, dont la face interne et la forme ne conservaient rien de normal; les parois étaient légèrement hypertrophiées, et la membrane muqueuse, entièrement détruite, laissait voir à nu les faisceaux musculeux. On ouvrit l'urètre, et on divisa le col vésical, au-devant duquel existait un autre abcès, situé sous l'arcade pubienne, et s'étendant jusqu'à la racine des corps caverneux. Au milieu de ce foyer, on voyait la partie membraneuse de l'urètre, qui avait été dénudée, mais seulement sur les côtés et à sa face supérieure, car inférieurement elle adhérait à la paroi recto-urétrale. Sous ce rapport, le cas dont il s'agit diffère d'un autre, analogue jusqu'à un certain point, que j'ai fait connaître dans le premier volume de ce traité. Ce second abcès communiquait avec l'urètre par une petite ouverture, et sa surface interne était, comme celle du foyer hypogastrique, granulée, inégale, avec des cordons filamenteux s'étendant d'un point à un autre en divers sens. Vers le lobe droit de la prostate, près de la crête urétrale, on remarquait une petite ouverture, qui fut prise d'abord pour une fausse route incomplète, mais qu'ensuite on reconnut appartenir à un très-petit abcès développé dans l'épaisseur de ce lobe. D'ailleurs, rien d'anormal dans le tissu de la glande, qui était plutôt atrophiée qu'hypertrophiée; rien non plus dans l'urètre, qui était sain jusqu'à la partie prostatique, où se voyaient quelques granulations et un peu de rougeur. Le rein droit était sain, le gauche avait un peu augmenté de volume, et sa face externe présentait une multitude de granulations blanchâtres. Une incision pratiquée dans le sens de sa convexité donna issue à beaucoup de pus blanc et bien lié. Les calices, le bassinet et l'intérieur de l'urètre étaient transformés en une sorte de couenne lardacée, de couleur jaune, et couverte de granulations très-rapprochées. Les poumons, principalement le droit, adhéraient à la plèvre costale, dans une grande partie de leur étendue, et offraient à leur sommet de petits tubercules non ramollis. Le pourtour du pylore était dur et squirrheux; en arrière, il existait une tumeur cancéreuse, non ulcérée, qui obstruait presque complétement cet orifice. Le péritoine était rouge, contenait une petite quantité de liquide rougeâtre, et présentait plusieurs adhérences. La plus grande partie de la face externe des intestins était rouge; le bassin et les fosses iliaques contenaient beaucoup de sérosité purulente, exhalant une odeur infecte.

Ainsi ce malade offrait une réunion d'états morbides extrêmement graves : des tubercules pulmonaires, un cancer de l'estomac, des abcès à l'hypogastre et sous l'arcade pelvienne, un épanchement d'urine et de pus dans l'abdomen, une péritonite générale et une désorganisation de l'un des reins, sans que, pendant la vie, on eût observé aucun symptôme propre à les faire soupçonner. Une lésion rénale fut la seule chose dont on eut une idée vague, parce qu'on ne découvrait rien qui rendît compte de l'épuisement du sujet, de sa prostration, de la suppression d'urine, et des hoquets dont il fut atteint à ses derniers moments. Le faire et l'état général annonçaient une mort inévitable; c'est ce qui me détourna de faire des explorations qui n'auraient que déterminé des douleurs, sans d'ailleurs apprendre autre chose que l'existence de lésions incurables. C'était un de ces cas où, malgré le défaut de données suffisantes pour asseoir un diagnostic précis, l'ensemble des symptômes qui frappent les yeux fait pressentir le résultat définitif, et où un praticien expérimenté se range volontiers du parti de ceux qui pensent que le rôle de simple observateur mérite la préférence.

Il n'est pas rares que les abcès des parois de la vessie s'ouvrent dans le canal intestinal; j'en ai vu quelques exemples, et l'on en trouve un assez grand nombre dans les auteurs. Ces différentes observations ont mis à même de connaître et les ressources de la nature dans des cas où l'art est impuissant, et les bizarreries que l'affection peut alors présenter.

Dans un cas qui s'est offert à moi au commencement de ma pratique, et dont j'ai déjà parlé dans le *Traité de l'affection calculeuse*, un abcès, en apparence peu volumineux, des parois vésicales ou recto-vésicales, s'était ouvert dans le rectum plusieurs années avant que le malade vînt réclamer mes soins pour être délivré d'une pierre qui fut détruite par les procédés de la lithotritie. Il était résulté de là, entre le rectum et la vessie, une communication qui permettait, mais seulement d'une manière accidentelle et temporaire, le passage de l'urine par l'anus et celui des vents par la verge. Il me fut impossible de découvrir le point où existait cette communication. Le malade fut guéri de la pierre, mais il conserva son infirmité.

Le plus remarquable des faits, déjà anciens, qui se sont présentés à moi, en ce qui concerne la communication de l'abcès avec le canal intestinal, est celui d'un jeune homme de quatorze ans, qui, à la suite de quelques troubles fonctionnels du côté de la vessie, éprouva, à la région hypogastrique, jusqu'à l'ombilic et à la fosse iliaque droite, une douleur profonde, avec tuméfaction et induration des points indiqués, mais sans changement de couleur à la peau. Pendant quelques semaines, il y eut plutôt gêne et embarras que véritable douleur; le malade ne s'en occupa point. Comme il était d'un tempérament lymphatique très-prononcé, on attribua le gonflement du ventre à une influence scrofuleuse; mais la vessie finit par se prendre d'une manière plus sérieuse. Il y avait des besoins fréquents d'uriner, avec vive douleur pour les satisfaire; l'urine était fortement chargée de mucosités, et tendait à devenir purulente. Ce fut alors seulement qu'on m'appela. Il y avait de la fièvre, de l'agitation et un état d'angoisse très-pénible; la région hypogastrique était dure et tendue; la tumeur s'étendait du pubis à l'ombilic : elle était déjetée à droite plus qu'à gauche. Le palper me fit penser qu'elle ne tenait pas à la plénitude de la vessie, et une sonde, introduite dans le viscère, m'en procura la certi-

tude; mais je ne savais que penser de sa nature. Broussais, qui voyait le malade avec moi, partageait mon incertitude. Il n'y avait pas encore de fluctuation manifeste; à peine découvrait-on une sorte d'empâtement près de l'ombilic, tandis qu'à la partie inférieure, et sur le côté, la dureté était considérable. Le malade était fort indocile, et se prêtait difficilement à tout ce qu'il convenait de faire pour établir le diagnostic. On se borna à prescrire des sangsues, des cataplasmes, des bains, le repos. Trois jours après, la tumeur avait encore augmenté, et la fluctuation était manifeste près de l'ombilic, mais il n'y eut pas moyen de déterminer le sujet à laisser pratiquer une ouverture. Les mêmes moyens furent continués, et l'abcès s'ouvrit spontanément, au-dessous de la cicatrice ombilicale. Il s'en écoula une énorme quantité de pus fétide, peu consistant et brunâtre. Tout nous portait à croire qu'il y avait un peu d'urine mêlée avec ce liquide, et d'ailleurs, depuis quelques jours, l'urine contenait beaucoup de matière purulente. Deux jours après, les accidents du côté de la vessie avaient cessé, et l'urine s'était éclaircie. Les symptômes généraux se dissipèrent; mais, à chaque pansement, le malade était fatigué par les pressions qu'on était obligé d'exercer sur la tumeur, afin de faire sortir le pus par l'ouverture si défavorablement située à la partie supérieure. Au bout de quelque temps, il contracta une indigestion, qui fut suivie de fièvre, de malaise général et de douleur locale. Notre surprise fut grande, le lendemain, de trouver des aliments dans la suppuration. On ne pouvait plus douter que l'abcès ne communiquât avec le canal intestinal. Ce passage des aliments par la plaie continua sans qu'on parvînt à découvrir le point du tube digestif qui était ouvert. Tout ce qu'on fit pour tarir la suppuration demeura inutile. Plusieurs de mes confrères les plus éclairés furent appelés en consultation pour déterminer s'il ne serait pas convenable de pratiquer une contre-ouverture à la partie la plus déclive, qui se trouvait au-dessus de l'arcade crurale droite; mais, vers ce point, aussi bien qu'au-dessus des pubis, où les stylets, introduits par l'ouverture sous-ombilicale, pénétraient aisément, on sentait une si grande épaisseur entre l'instrument recourbé et le doigt placé sur les téguments, qu'on fut arrêté par la crainte d'intéresser quelque organe important. Les choses en restèrent là; le sujet continua de vivre, alternativement malade et bien portant. J'ai l'ai revu cinq ans après; il avait grandi, s'était fortifié, et continuait de rendre par la fistule du pus séreux, entraînant parfois des aliments à demi digérés. Jamais on ne découvrit de pus dans les selles, qui étaient d'ailleurs fort irrégulières. L'appétit était bon, la vessie faisait bien ses fonctions, et l'urine contenait rarement des mucosités.

Il en est de même quand le pus s'épanche dans le tissu cellulaire du petit bassin; la mort peut ne pas avoir lieu d'une manière immédiate. On paraît même autorisé à penser qu'elle ne dépend point toujours de cette cause. Les ouvertures des corps viennent seules dévoiler et la véritable cause de la mort et la méprise de diagnostic.

La terminaison spontanée la moins grave est celle dans laquelle le pus se fait jour du côté des voies urinaires. Il est rationnel de penser qu'alors la guérison puisse avoir lieu. C'est, en effet, ce que démontrent les faits précédemment indiqués. Toutefois, je répète qu'il ne faut pas perdre de vue qu'on a souvent considéré comme un abcès des parois vésicales ce qui était un état morbide bien différent. On aurait donc grand tort de juger exclusivement cette terminaison d'après les cas auxquels je fais allusion. Les faits complets et bien constatés ne sont pas en assez grand nombre pour permettre d'établir rien de positif à son égard.

Ces considérations suffisent pour faire sentir combien il est nécessaire d'attirer au dehors les collections purulentes qui se forment au pourtour de la vessie ou dans l'épaisseur même de ces parois. On aurait tort de compter que cette terminaison aura lieu spontanément, bien que certains faits en laissent entrevoir la possibilité. Il faut donc la provoquer par les moyens dont l'art dispose, et choisir ceux qui permettent de procéder avec le plus de promptitude, de la manière la plus directe, car on a tout à craindre de la temporisation. A l'exception d'un petit nombre de cas, on n'ira point, à l'exemple de quelques praticiens, appliquer des caustiques pour obtenir des escarres qu'ensuite on divise. Cette méthode est trop lente. Ce qui convient dans la majorité des cas, c'est de recourir au bistouri, aussitôt qu'on a établi le diagnostic, et quand la collection est placée de manière à ce qu'on puisse l'atteindre. C'est ce que j'ai fait avec succès dans des cas dont j'ai parlé, et dans un plus récent, qui a déjà été publié dans le compte-rendu de ma clinique à l'hôpital Necker, mais dont je crois devoir reproduire ici les principales circonstances.

Un homme adulte, de bonne constitution, mais fort irritable, éprouvait depuis quelque temps tous les symptômes rationnels de la pierre. L'existence d'un corps étranger dans la vessie ayant été constatée, il se fit admettre à l'hôpital Necker. Après l'avoir soumis au traitement préparatoire que j'ai coutume d'employer, je procédai à la destruction du calcul, d'abord avec un lithoclaste fenêtré, puis avec un instrument à mors plats. Les premières séances furent suivies de la sortie d'une grande quantité de débris; mais des fragments d'un certain volume s'arrêtèrent dans la partie membraneuse de l'urètre, d'où il fallut extraire les uns et repousser les autres dans la vessie. Leur séjour et les manœuvres qu'ils rendirent nécessaires causèrent de la douleur et un agacement général, avec quelques accès de fièvre. Ces accidents cédèrent à un traitement méthodique. On se disposait à reprendre le broiement de la pierre, quand le malade accusa une douleur vague et profonde à l'hypogastre; en palpant cette région, on découvrit une induration très-étendue, surtout vers l'aine droite; il y avait aussi un léger gonflement, mais la douleur était peu prononcée, et la pression ne causait pas les besoins d'uriner qu'elle provoque quand la tumeur résulte de la plénitude de la vessie. Pour déterminer la nature de cet empâtement, je procédai de la manière suivante. J'introduisis une sonde par laquelle ne s'écoula qu'une petite quantité d'urine, sans qu'aucun changement se manifestât dans la tumeur hypogastrique; celle-ci ne tenait donc pas à une

accumulation d'urine, puisque le réservoir avait été vidé. J'injectai alors de l'eau dans la vessie, de manière à la distendre et à pouvoir en explorer toute la face antérieure au moyen d'une sonde à courbure prononcée. Rien d'anormal ne fut non plus découvert ainsi. La distension de la poche urinaire rendait seulement la tumeur plus saillante, mais sans rien changer à sa forme. Dès lors, il demeura constant que celle-ci résultait d'un épaississement des parois vésicales ou des tissus qui recouvrent le viscère. Mais ces derniers tissus n'offraient aucune trace de lésion : on n'apercevait ni rougeur, ni tension, ni douleur, ni tuméfaction en dehors de l'aponévrose abdominale. Le mal avait donc son siége plus profondément ; tout portait à croire qu'il affectait la vessie elle-même, et que les parois de cet organe étaient envahies par un abcès. Tel fut le diagnostic que je portai, sous la réserve des modifications que pourraient apporter d'ultérieures recherches. Mais nous eûmes bientôt la preuve que la maladie avait été bien jugée : la tumeur augmenta dans tous les sens, en étendue comme en élévation ; il se manifesta de la douleur, et une sorte de fluctuation se fit sentir. Une fois bien fixé sur la nature du mal, on jugea qu'il était urgent d'ouvrir une voie large et facile au liquide, avant, pour ainsi dire, que le dépôt se fût formé. On fit donc, à la région hypogastrique, sur la ligne médiane, une incision large et profonde, comme s'il eût été question de pratiquer la cystotomie sus-pubienne pour une petite pierre. Il ne s'écoula que du sang et quelques filets de pus ; la suppuration ne parut pas davantage le lendemain ni les jours suivants. On se contenta de mettre de la charpie dans la plaie et des cataplasmes sur la tumeur. Quoique celle-ci n'eût point changé, le malade éprouvait un grand soulagement, de sorte qu'il résolut de quitter l'hôpital. Mais à peine était-il monté en voiture, qu'une quantité considérable de pus s'écoula par la plaie ; la tumeur s'affaissa, en même temps qu'elle diminua d'étendue et de dureté ; la suppuration se tarit après avoir duré plusieurs jours, et quand le malade rentra dans le service des calculeux, au bout d'un mois, la paroi antérieure de l'abdomen était aussi souple que s'il n'y avait point eu d'abcès ; il ne restait qu'une cicatrice assez large, mais beaucoup moins profonde qu'après la cystotomie. L'urine n'éprouva aucune altération notable ni pendant ni après la formation et le développement de la collection purulente. Le traitement de la pierre par la lithotritie fut repris, et le malade supporta très-bien les quatre petites séances qui furent nécessaires pour détruire ce corps. Deux explorations procurèrent la la certitude que la vessie était entièrement débarrassée. Le malade sortit enfin dans un état de santé parfaite.

D'importantes considérations pratiques se rattachent à ce fait, sous le rapport du diagnostic, du traitement, du volume énorme de la tumeur, et de la quantité de liquide qu'elle contenait.

En ce qui regarde le diagnostic, je l'avais établi avec assez de précision pour que, malgré des avis opposés, et quoiqu'il n'existait pas de fluctuation manifeste, je pusse assurer qu'il y avait une collection purulente, et que cette collection s'était faite dans l'épaisseur des parois vésicales ou au pourtour du sommet et de la face antérieure du viscère. Explorations répétées, analogie avec d'autres cas, absence de lésions dans les tissus voisins de la vessie, tout me donnait la certitude que la maladie était réellement un abcès. A la vérité, l'incision ne fut pas assez profonde pour atteindre directement la collection purulente, ou du moins n'en intéressa-t-elle que quelques ramifications, car il ne coula que quelques gouttes de pus avec le sang ; mais la résistance des tissus était détruite de ce côté, et au bout de quelques jours plus d'un verre de pus s'échappa par la voie ouverte. Cette quantité n'était pas en rapport avec le volume et l'étendue de la tumeur, qui paraissait très-profonde, et qui occupait la plus grande partie de la région hypogastrique. Quant à la capacité de la vessie, que j'avais rigoureusement déterminée au moyen des injections, elle était fort ordinaire, et ce n'est pas à elle qu'on pouvait rapporter le volume de la tumeur. Sous ce rapport donc, le cas se rapproche de plusieurs autres que j'ai rencontrés, et d'autres encore qui ont été observés par d'anciens praticiens. L'épaisseur, soit des parois vésicales, soit de celles de l'abcès, est généralement considérable, ce qui tend à faire croire la collection plus vaste qu'elle ne l'est réellement. La même chose arrive à la plupart des abcès sur la production desquels l'urine exerce de l'influence, et tous les jours on en a la preuve dans les dépôts urineux du périnée.

Une autre particularité très-remarquable de ces cas fut la promptitude avec laquelle la tumeur s'affaissa, les parties recouvrèrent leur élasticité après l'évacuation de la matière purulente, et les parois vésicales revinrent à leur état normal. Du reste, cette série de désordres n'exerça aucune influence sur le résultat de la lithotritie, qui fut aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer.

A l'égard de la manière d'ouvrir les abcès vésicaux, il serait presque oiseux de dire qu'on doit procéder avec les plus grandes précautions. En effet, les organes voisins peuvent avoir subi des déplacements : ils peuvent aussi avoir été envahis par l'inflammation, d'où résultent des adhérences ou des communications anormales qui exercent une grande influence sur la conduite à tenir et sur les effets de l'opération. Ainsi on a quelquefois reconnu, après la mort, que la paroi antérieure de l'abdomen adhérait à la vessie dans une grande étendue, soit en hauteur, soit en largeur. Ces adhérences, faciles à concevoir, multiplient les chances en faveur de l'opération, car elles diminuent la crainte de pénétrer dans la cavité péritonéale. D'un autre côté, les déplacements accidentels, soit du sommet de la vessie, soit des intestins, pourraient faire naître des dangers là où il n'y en a ordinairement point.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, octobre.)

85. *Du séjour forcé de l'urine dans la vessie;* par M. le docteur Civiale.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des Sciences)

Le séjour de l'urine dans son réservoir peut se prolonger au-delà du terme ordinaire, par deux séries de circonstances différentes. Tantôt l'urine, bien qu'elle ne sorte pas, ou ne sorte qu'incomplètement, ne rencontre rien qui s'oppose à son cours, le canal excréteur étant sain et libre dans toute son étendue; mais les parois de la vessie ont perdu leur puissance expulsive en totalité ou en partie, et il ne leur reste plus que l'élasticité commune à tous les tissus vivants. Tantôt la vessie possède toutes les qualités nécessaires pour chasser son contenu au-dehors dès qu'elle est suffisamment distendue, mais un point quelconque du conduit excréteur offre des obstacles qui rendent la sortie du liquide difficile, impossible même.

Comme le résultat définitif est toujours la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, et que, dans la majorité des circonstances, les praticiens ne s'occupent que des grandes perturbations, ils désignent les deux cas sous le nom commun de rétention d'urine. Mais cette dénomination est évidemment impropre lorsqu'il s'agit d'une collection de liquide qui ne se forme que parce que son réservoir ne peut pas le chasser. J'appellerai donc le premier cas stagnation, et le second rétention d'urine. Les conséquences ne diffèrent pas moins que les causes et le mode de traitement.

D'un côté, les désordres tiennent aux efforts expulsifs de la vessie, et de l'autre, ils dépendent surtout des caractères morbides qu'acquiert l'urine, de son influence sur la surface interne de la vessie, et de l'état prolongé de plénitude de ce viscère. Ici, l'art doit tendre à ranimer la contractilité vésicale, et là, son but est d'écarter les obstacles qui paralysent les efforts de l'organe. Si, dans l'un et l'autre cas, on a quelquefois recours aux mêmes moyens, c'est qu'il y a des indications semblables à remplir, celle, par exemple, de faciliter l'excrétion de l'urine. Ainsi, que le liquide ne soit pas chassé ou qu'il soit retenu, on introduit une sonde; mais, dans le premier cas, pour suppléer à la perte d'action de la vessie, et dans le second, pour faire cesser les obstacles qui occasionnent la rétention. Du reste, les deux états ne sont pas sans avoir de certains rapports, en ce sens du moins qu'ils peuvent se succéder l'un à l'autre, et jouer réciproquement le double rôle de cause et d'effet.

De la stagnation de l'urine. A l'état morbide, dont l'étude va faire le sujet de cet article, doivent se rattacher, et les faits de rétention d'urine par paralysie de la vessie, dont la science est déjà en possession, et la description que les auteurs nous ont transmise des paralysie incomplètes du viscère. Une longue expérience m'a prouvé que cet état de recevoir l'urine n'avait pas suffisamment fixé l'attention des observateurs, que surtout on avait négligé des points importants de thérapeutique. J'ai essayé de remplir cette lacune en examinant l'atonie ou la paralysie de la vessie, et la stagnation de l'urine qui en est la conséquence, d'abord dans les cas simples, puis dans les cas compliqués. Les premiers étant généralement faciles à déterminer, je présenterai quelques observations sur ceux de la deuxième catégorie.

A chaque instant, il se présente dans la pratique des malades de tout âge et de toute condition, qui éprouvent du côté de la vessie des troubles fonctionnels vagues qu'on ne peut rattacher à aucune cause, et dont les sujets font un exposé diffus et incohérent. Le praticien peu exercé ne découvre aucun état morbide caractérisé; il se borne à prescrire les traitements généraux en usage contre les irritations; les accidents paraissent se calmer, mais au bout de quelques jours ils se reproduisent. Souvent il suffit de recourir aux moyens que j'ai fait connaître en décrivant les névralgies de l'urètre et du col vésical, de pratiquer des injections froides dans la vessie, en même temps qu'on aide ce viscère à se débarrasser de son contenu, et de prescrire des toniques, des révulsifs, pour obtenir une guérison durable. Une pratique de plusieurs années m'a prouvé l'utilité de cette méthode, que j'ai exposée dans tous ses détails, et sur le succès de laquelle on peut compter dans la plupart des cas simples. Mais il en est d'autres dans lesquels l'atonie vésicale est compliquée d'états morbides divers; les moyens indiqués ne suffisent plus alors pour obtenir la guérison, même quand la maladie paraît peu avancée. Dans une longue série de circonstances spéciales et complexes, on est obligé d'en modifier diversement l'application. D'ailleurs, ces cas ont encore cela de particulier, que le diagnostic y devient souvent difficile et plus ou moins incertain; car il s'agit ici de déterminer l'existence, la nature et la gravité de la complication, connaissances auxquelles on ne parvient fréquemment qu'après des recherches multipliées et par des tâtonnements dans l'emploi des moyens curatifs.

J'appellerai un instant l'attention des praticiens sur l'une de ces complications qu'il n'est pas rare de rencontrer, et à l'égard de laquelle il se commet souvent des méprises.

Les observations que j'ai présentées dans le premier volume de mon Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, mettent hors de doute ce qu'il était déjà facile de prévoir d'après la théorie, savoir, que les névralgies, les spasmes, les rétrécissements de l'urètre et tous les autres obstacles à la libre expulsion de l'urine exercent une grande influence sur la production de l'atonie, de la faiblesse, de la paralysie de la vessie. Ces divers états morbides peuvent aussi ne constituer qu'une simple complication de l'atonie vésicale, c'est-à-dire être insuffisants pour déterminer la paresse de vessie, s'il n'existait pas déjà une prédisposition marquée à cette dernière affection. Mais, qu'ils jouent le rôle de cause ou qu'ils ne soient qu'une simple coïncidence, ils n'en méritent pas moins une sérieuse attention.

Parmi les complications de l'atonie de la vessie, les plus insidieuses sont les états nerveux peu développés, les rétrécissements commençants de l'urètre et la perte plus ou moins complète de l'élasticité, de la souplesse des parois urétrales. Ce qui

rend surtout les rétrécissements commençants graves, c'est que l'habitude acquise d'employer, pour l'exploration de la vessie, des sondes qui ne remplissent pas la capacité du canal, fait qu'en général on n'y songe même pas. En effet, une sonde ordinaire passe aussi bien dans un urètre légèrement rétréci que dans celui qui est libre; pourvu que le point rétréci conserve encore un calibre supérieur au diamètre de la sonde, celle-ci le franchit sans nulle difficulté; cependant l'état de raideur et d'induration dans lequel se trouvent alors les parois urétrales, suffit pour rendre l'excrétion de l'urine pénible et laborieuse, surtout quand la vessie est faible, paresseuse. J'ai cité plusieurs faits attestant que non-seulement la stagnation de l'urine, mais encore un assez grand nombre de catarrhes vésicaux, ne reconnaissent pas d'autre cause, en sorte qu'il n'y a qu'à faire disparaître cette dernière pour rétablir aussitôt l'équilibre, et par suite la santé.

Je viens de donner des soins à un malade qui avait déjà été traité deux fois pour une névralgie du col vésical, avec atonie de la vessie. La plus grosse bougie dont je me fusse servi était du n° 10; elle pénétrait sans difficulté et sans rapporter d'empreinte. Tout en recherchant quelles pouvaient être les causes de cette double récidive, dans un cas où rien ne semblait devoir la faire craindre, je m'avisai de sonder avec une bougie du n° 11. Cet instrument ramena l'empreinte d'un léger rétrécissement au-dessous de l'arcade pubienne. Eclairé dès-lors, je détruisis la coarctation au moyen de la dilatation temporaire, et tous les accidents disparurent. Ce qui m'avait détourné d'abord de soupçonner un rétrécissement commençant, c'est que, depuis longtemps, il n'y avait aucune trace d'écoulement, que les érections avaient lieu comme dans l'état normal, et que les dernières urétrites contractées par le malade remontaient à une époque fort ancienne.

Je ne multiplierai pas les preuves, car le fait est patent et à l'abri de toute contestation. Seulement j'insiste sur la nécessité que l'attention du praticien soit éveillée à cet égard, et d'autant plus que les malades se font souvent eux-mêmes illusion, ce dont je citerai l'exemple suivant :

Un médecin plus que sexagénaire, d'une constitution faible, avait remarqué depuis longtemps que sa vessie se vidait mal, malgré les besoins fréquents qu'il éprouvait, et les efforts auxquels il se livrait. Mais il ne s'occupa sérieusement de son état que quand la maladie eut fait d'assez graves progrès pour porter atteinte à la santé générale. Il croyait avoir un récrécissement. Je trouvai en effet l'urètre rétréci d'une manière sensible à l'arcade pubienne. Cependant la cause principale des désordres me parut être ailleurs. La vessie était dans un état voisin de la paralysie, et, au moment où je fus appelé, elle formait une tumeur considérable au-dessus des pubis. J'employai d'abord les bougies molles, et dès que la sensibilité de l'urètre fut assez émoussée pour rendre le passage des bougies peu douloureux, j'eus recours aux sondes à demeure, dans le double but de dilater l'urètre et de stimuler la contractilité de la vessie. La première indication fut parfaitement remplie; mais la vessie n'a point encore recouvré sa puissance, malgré les sondes, les injections, les douches, etc. Le malade est obligé de se sonder plusieurs fois par jour.

Il ne sera pas inutile de faire connaître la circonstance qui a le plus contribué à fixer mon attention sur l'influence que les rétrécissements peu développés de l'urètre exercent dans l'atonie vésicale. J'ai eu à traiter plusieurs sujets affectés d'atonie opiniâtre de la vessie. Après avoir employé divers moyens sans succès, je me suis trouvé conduit à rechercher s'il n'existait pas dans l'urètre ou la vessie quelque état morbide propre à entretenir les accidents. Or, l'introduction d'une grosse bougie, n° 10 ou 11, était rendue impossible par une bride au méat urinaire. J'ai détruit cette bride dans l'unique but de pouvoir, plus tard, faire passer la bougie ou un instrument explorateur, sans que le malade souffrît. Mais quelle n'a pas été ma surprise, au bout de quelques jours, de voir disparaître, par cela seulement, tous les symptômes d'atonie de la vessie et de stagnation de l'urine. En se multipliant, les faits de ce genre m'ont mis à même d'apprécier la portée d'une cause que l'on méconnaît si souvent, et depuis lors j'ai guéri un assez grand nombre de paresses de vessie par le simple débridement du meat urinaire.

Or, il sautait aux yeux que le phénomène constaté, en ce qui concerne l'orifice externe du canal, devait se produire également dans les parties profondes de celui-ci, soit qu'il fût rétréci d'une manière sensible, soit que les parois eussent seulement perdu de leur souplesse, de leur élasticité. C'est, en effet, ce que l'expérience m'a prouvé d'une manière en quelque sorte surabondante. Aussi, toutes les fois que je rencontrai une paresse de vessie rebelle aux moyens énumérés plus haut, avant même de rechercher si la cause de cette opiniâtreté réside dans la vessie ou dans d'autres parties du corps, je m'attachai à acquérir une idée nette de l'état des parois urétrales.

Le procédé est fort simple. Il consiste à introduire une bougie molle de 3 lignes de diamètre, dimension normale de l'urètre chez l'homme. S'il y a un rétrécissement commençant, la bougie pénètre avec peine, et, après deux ou trois minutes de séjour, elle rapporte une empreinte qui fait connaître la situation, l'étendue, l'épaisseur du point rétréci. Si, au lieu de rétrécissement, il y a perte de souplesse des parois urétrales, les difficultés de l'introduction sont les mêmes, quelquefois plus grandes, mais la bougie ne rapporte pas l'empreinte d'un étranglement plus ou moins circulaire; quelquefois seulement elle est aplatie, déjetée, comprimée dans une certaine étendue. Ces indices font connaître que la partie correspondante du canal n'est point dans l'etat normal. Il est bien entendu qu'on ne confondra pas les déformations dont il s'agit avec celles qui pourraient résulter d'un vice dans le mode d'introduction, et que j'ai fait connaître ailleurs; car je dois supposer ici qu'on a procédé régulièrement et que la bougie a pénétré dans la vessie.

L'introduction des grosses bougies fait quelquefois éprouver des douleurs au malade. Il faut alors s'y prendre d'une autre manière. On commence par une bougie de 2 lignes : lorsqu'elle passe aisé-

ment, après deux ou trois introductions, on en prend une plus grosse, en suivant la marche que j'ai déjà tracée, et l'on parvient ainsi à faire pénétrer, sans causer de souffrances au malade, une bougie qui remplisse exactement le canal, et qui rapporte les impressions que ne manquent pas de laisser sur la cire les états morbides dont je viens de parler.

Lorsqu'il existe une induration fort étendue des parois urétrales, il ne se produit pas d'empreinte : mais on est averti de cet état par l'effort qu'il faut faire pour introduire les grosses bougies. Le canal offre alors une résistance insolite dans une grande partie de son étendue. Cependant cette résistance est peu ou point douloureuse, et dès qu'on veut retirer la bougie, après deux ou trois minutes de séjour, on est tout surpris de voir qu'elle n'est point retenue, qu'elle sort très-librement sans déformation notable; d'où l'on conclut d'ailleurs aussi qu'elle a pénétré dans la vessie au lieu de butter contre les parois urétrales, ce qui pourrait induire en erreur un praticien peu expérimenté, eu égard à la nature de l'obstacle. On dirait que les parois urétrales, une fois écartées, restent plus ou moins longtemps en cet état, et ne reviennent que lentement sur elles-mêmes.

Dans ces divers cas, dès qu'on est parvenu à reconnaître l'état morbide de l'urètre qui apporte un certain obstacle au passage de l'urine, et contribue de la sorte à rendre l'action de la vessie pénible, fatigante, la conduite du praticien se simplifie. Son premier soin doit être de rétablir l'urètre dans les conditions normales par l'emploi des divers moyens que j'ai indiqués ailleurs. Je répète que ces cas sont fort nombreux et varient à l'infini. C'est ici que se rapportent ceux dans lesquels le canal a été meurtri, contus, tiraillé, etc.

Lorsque les rétrécissements de l'urètre sont plus avancés, le diagnostic n'offre pas le mêmes difficultés. En effet, il est rare, dans cette circonstance, que l'on voie commettre les méprises qui sont si communes dans les cas précédents.

Assez fréquemment alors il y a de l'avantage à traiter le rétrécissement par l'usage des sondes à demeure, qui stimulent la vessie en même temps qu'elles opèrent la dilatation du point rétréci du canal. Les faits que j'ai cités dans le premier volume prouvent que beaucoup de malades ont été traités ainsi avec succès, en ayant soin toutefois, au début du traitement, de recourir à l'emploi des bougies molles pour disposer l'urètre à supporter sans inconvénient la présence continue de la sonde, et aussi, vers la fin du traitement, de n'employer que la dilatation temporaire, combinée avec les injections d'eau froide dans la vessie.

Lorsque le malade n'est pas à portée de recevoir en temps utile et aussi souvent qu'il le faudrait la visite du chirurgien, ce mode, par les sondes à demeure, offre des avantages incontestables, et l'on doit y recourir autant que les circonstances le permettent, toujours en prenant les précautions dont j'ai fait un précepte ; car, aussi longtemps que le canal est rétréci, la vessie ne possédant pas assez de force pour chasser l'urine, il en résulte des contractions inutiles qui ne font qu'entretenir l'inertie du viscère, en même temps qu'elles exercent sur l'état général des influences fâcheuses qui retardent la guérison, si même elles ne la compromettent. Mais dans les circonstances où le rétrécissement urétral est peu dur, lorsqu'on est en position de voir le malade aussi souvent que son état l'exige, c'est par la dilatation temporaire qu'il est préférable de détruire le rétrécissement, soit en employant les bougies molles s'il n'est pas nécessaire d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, soit en ayant recours aux sondes s'il est nécessaire de vider la vessie et de faire en même temps des injections. La guérison qu'on obtient par cette méthode est aussi prompte et plus durable que lorsqu'on a employé les sondes à demeure.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 119.)

---

86. *De l'incontinence d'urine;* par M. le docteur Civiale.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des Sciences.)

On dit d'une personne qui n'a jamais possédé ou qui a perdu la faculté de retenir, pendant quelques heures, le produit de la sécrétion rénale, qu'elle est atteinte d'incontinence d'urine. Cette infirmité, sans avoir des suites immédiatement funestes, est cependant fort grave; car, outre qu'elle entraîne une foule d'accidents indirects, elle fait de la vie un fardeau insupportable. Habituellement trempé d'urine, dont l'odeur infecte se répand au loin, et assailli sans cesse par des érysipèles, des excoriations, des éruptions cutanées, le malheureux qui en est atteint, à charge aux autres et à lui-même, souffre à la fois et dans son physique, tourmenté par des sensations désagréables ou douloureuses, et dans son moral, humilié d'un état qui brise pour lui tous les liens sociaux.

La plupart de ceux qui ont écrit sur l'incontinence d'urine ont agi pour elle comme pour la rétention. N'ayant égard qu'au flux involontaire et incessant, ils l'ont considérée comme une maladie spéciale, ayant ses symptômes et ses causes. Or, dans l'immense majorité des cas, elle dépend du séjour forcé de l'urine dans la vessie, qui lui-même tient à quelque état morbide préexistant du conduit excréteur ou du réservoir de ce liquide, en sorte que, loin de constituer une maladie essentielle, elle n'est que la conséquence d'une autre affection. A la vérité, quelques auteurs ont reconnu la nécessité d'établir une distinction entre deux états que presque tous les praticiens confondent l'un avec l'autre, l'incontinence d'urine proprement dite, et la sortie de l'urine par regorgement; mais ils se sont bornés à en faire la remarque, sans éviter eux-mêmes la méprise qu'ils signalaient, ni respecter la distinction utile qu'ils avaient établie. On peut s'en convaincre surtout par plusieurs opuscules récents où le faux l'emporte tellement dans le vrai, que la science n'a, pour ainsi dire, aucun profit à en retirer. Dans d'autres ouvrages, d'ailleurs estimés à

juste titre, c'est surtout l'étiologie qui est présentée avec un défaut absolu de critique.

Ainsi la détermination de la maladie, l'exposition de ses symptômes et la distinction de ses causes, manquent de précision à peu près partout. Il devait nécessairement s'ensuivre une pratique hasardée, et c'est ce qui explique l'inutilité de la plupart des traitements qu'on a recommandés.

L'incontinence d'urine a des caractères si tranchés, quant au fait principal, la sortie involontaire du liquide, qu'il n'y a pas moyen de se méprendre à cet égard. Mais il n'est pas facile de distinguer l'incontinence vraie ou essentielle de celle qu'on pourrait appeler fausse et symptomatique, surtout lorsqu'elle est incomplète. Certains malades pissent au lit toutes les nuits, et d'autres ne le font qu'à de longs intervalles. Quelquefois l'accident apparaît après l'usage de certaines boissons, qui, dans l'état ordinaire, n'ont aucune influence sur la vessie. Rien n'est donc moins constant que la marche de la maladie.

Les cas les plus obscurs sont ceux dans lesquels, par une disposition originelle ou acquise, la vessie a peu de capacité ; alors, en effet, elle ne forme jamais tumeur à l'hypogastre. Cependant, comme une très-petite quantité de liquide suffit pour en distendre les parois et que le liquide coule par regorgement, on est souvent porté à admettre une paralysie du col vésical qui n'existe pas. La sonde elle-même peut laisser dans l'incertitude, parce qu'elle n'amène que quelques cuillerées ou tout au plus un verre ordinaire d'urine, et qu'on s'est habitué, ainsi que je l'ai dit en parlant de l'atonie de la vessie, à considérer ce dernier état comme coïncidant toujours avec un accroissement de l'ampleur du viscère et l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans son intérieur.

Une autre cause d'incertitude naît des sensations du malade. Dans l'incontinence vraie, l'urine s'écoule continuellement, sans participation de la volonté, sans qu'il y ait de besoin senti. Les mêmes caractères peuvent exister et existent même assez souvent sans l'incontinence fausse, c'est-à-dire quand l'urine sort par regorgement, surtout si le cas est ancien : le malade n'a pas conscience que sa vessie fonctionne, lors même que l'écoulement recommence après avoir cessé quelques instants, ce qui n'est pas rare. D'un autre côté, rien n'est moins constant que la sensation du passage de l'urine à travers l'urètre ; souvent il n'y en a point, ou, s'il s'en manifeste une, elle dépend le plus généralement du degré ou du mode de la sensibilité urétrale et des qualités de l'urine. Or, ce liquide varie beaucoup. D'ailleurs, la vessie peut être simultanément atteinte de catarrhe, et l'on sait que le passage des mucosités dans l'urètre, ou leur simple contact avec l'orifice de ce canal donne lieu à des sensations diverses. Le malade ne distinguant pas nettement la sensation qui résulte d'un véritable besoin d'uriner de celles qui tiennent à quelque circonstance accessoire, le praticien, à plus forte raison, demeure dans le doute.

Dans ces divers cas, aussi bien que lorsqu'il existe des complications, on ne peut arriver à des notions précises qu'à l'aide de la sonde, et en procédant par voie de défaication ; on découvre par là si l'urètre est plus irritable qu'il ne doit l'être, si ce canal est libre, si le col vésical est dévié par un engorgement de la prostate ou toute autre lésion organique, si la vessie contient de l'urine, et quelle en est la quantité. Ces premières données acquises simplifient beaucoup la question. En effet, si l'urètre est libre, peu irritable, s'il n'a pas de lésions organiques du col ni du corps de la vessie, si ce viscère ne contient qu'une ou deux cuillerées de liquide, si cependant l'urine s'écoule depuis longtemps d'une manière continue, sans le secours de la volonté, il y a presque certitude que le malade est atteint d'une incontinence produite par le défaut d'action du col vésical. Les doutes qu'on pourrait conserver s'évanouissent si, en faisant une ou plusieurs injections, on constate que la vessie a encore une certaine capacité, et que les organes ou tissus voisins ne présentent aucune trace de lésions organiques.

Ainsi, toutes les fois qu'il y a écoulement involontaire de l'urine, la première chose à faire est de s'assurer si la vessie forme tumeur à l'hypogastre. L'existence de cette tumeur suffit ordinairement pour annoncer que la vessie est distendue et que l'urine coule par regorgement. L'introduction de la sonde ne tarde pas à confirmer ou détruire cette première donnée. Ces cas étant les plus simples de tous, je n'insisterai pas davantage.

L'absence de la tumeur épigastrique ne prouve point, comme je l'ai dit, que la vessie ne soit pas distendue et que l'incontinence ne dépende pas de cette surdistension. Il faut donc recourir à la sonde. S'il sort une certaine quantité d'urine par l'instrument, et que l'incontinence cesse pendant quelques heures après le cathétérisme, pour recommencer ensuite, cet écoulement involontaire de l'urine sera, comme dans le cas précédent, la conséquence d'une surdistension de la vessie : seulement il sera question alors d'une vessie moins grande. Les cas de ce genre ne sont point rares. Dans les premiers qui se sont offerts à moi, l'absence de la tumeur hypogastrique m'empêcha d'abord de reconnaître l'excès de distension de la vessie ; mais l'expérience ne tarda pas à me convaincre que cette absence ne prouvait rien, et que les assertions des auteurs à son égard manquaient de fondement.

S'il peut y avoir de l'incertitude sur la nature de l'incontinence et sur la manière dont se fait l'écoulement, lors même qu'il est continu ou à peu près, à plus forte raison pourrait-on éprouver de l'embarras quand cet écoulement est temporaire et accidentel. J'ai vu alors d'habiles praticiens se méprendre complétement sur le compte de l'affection qu'il s'agissait de combattre. L'un de nos généraux, qui avait résisté à la double épreuve des fatigues de la guerre et des excès vénériens, se félicitait ne pouvoir rester toute une journée à cheval ou faire de longs voyages sans éprouver le besoin d'uriner, lorsqu'il fut pris tout à coup d'incontinence d'urine : ses habits étaient mouillés sans qu'il ressentît la plus légère douleur, ni la moindre gêne dans l'exercice de ses autres fonctions. Un médecin distingué conseilla le repos, les bains et les boissons émollientes, sans se douter que la vessie ne pouvait se débarrasser de son contenu. Il ne vit là qu'une irrita-

tion locale résultant des fatigues, et ce qui sembla confirmer son opinion, c'est qu'auprès avoir fait usage des moyens prescrits pendant quelques jours, le général reprit son service sans laisser échapper l'urine. Peu de semaines après, l'infirmité reparut, et céda encore, bien que d'une manière moins soutenue; l'écoulement involontaire qui s'était montré d'abord à la suite de l'équitation, se manifesta bientôt de lui-même pendant la nuit, mais toujours sans nul embarras à la région vésicale. Après avoir employé sans succès une longue série de médicaments internes, on eut enfin recours à la sonde, qui apprit que la vessie ne se vidait pas. Les injections procurèrent un noble amendement, et les bains de mer achevèrent la guérison. J'ai vu beaucoup d'autres cas dans lesquels l'incontinence avait ainsi débuté d'une manière insidieuse, sans que le malade eût éprouvé aucun accident propre à faire soupçonner que sa vessie ne se vidait point complétement, et parfois à la suite d'événements qui n'ont pas pour effet ordinaire de donner lieu à un tel phénomène. On ne saurait trop s'empresser de recourir aux explorations directes, qui procurent des données satisfaisantes.

Quant à distinguer les cas dans lesquels l'écoulement involontaire de l'urine résulte d'un relâchement du col vésical, avec ou sans racornissement de la vessie, et ceux où il ne tient qu'à la sortie du trop-plein de l'organe, on y arrive par la simple introduction de la sonde, et au besoin par des injections. Ces dernières sont surtout utiles lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui reste de capacité à la vessie.

(*Ibidem.*, n° 122.)

---

87. *De l'exploration de l'appareil auditif, ou recherches sur les moyens propres à conduire au diagnostic des maladies de l'oreille;* par P. Menière, médecin de l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

Dans ce premier travail sur la médecine acoustique, je me propose d'examiner avec soin les divers procédés au moyen desquels on peut arriver à la connaissance des lésions de l'organe auditif. La structure, la position et la forme de l'oreille opposent de nombreux obstacles à l'appréciation rigoureuse de la plupart des maladies dont elle est affectée.

A une époque où les méthodes d'analyse les plus sévères sont employées pour reconnaître les caractères physiques des maladies, j'ai pensé qu'il y aurait quelque utilité à faire pour l'oreille ce que l'on fait chaque jour pour les principaux appareils de l'économie. Il m'a semblé que, si la médecine acoustique se tenait si fort en arrière de quelques autres parties de la science, cela était dû le plus souvent non pas à l'imperfection, mais à la nullité du diagnostic. La plupart des médecins n'ont jamais exploré le méat externe ni vu la membrane du tympan sur l'homme vivant; aussi ne peuvent-ils apprécier la valeur des altérations qui s'y développent; à plus forte raison ne connaissent-ils ni les lésions de la trompe d'Eustachi, ni celles qui ont leur siége dans la caisse.

A l'exemple de feu Itard, mon prédécesseur à l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, j'ai étudié les maladies de l'oreille, *non par goût ni par choix, mais par occasion et par devoir.* Et lorsque j'ai voulu puiser dans la lecture des traités les plus modernes, des lumières suffisantes pour me diriger dans cette voie nouvelle, le dirai-je? j'ai été peu satisfait de ces travaux. Mon esprit, accoutumé aux études sérieuses de notre époque, à un examen scrupuleux des symptômes, et surtout à une appréciation rigoureuse de leur valeur, ne pouvait s'accommoder de ces descriptions de maladies faites sur des souvenirs confus, de ces observations dénuées de renseignements exacts, de ce diagnostic que rien ne justifiait, enfin de ce langage médical qui n'est plus de ce siècle.

L'expérience m'a bientôt appris que, pour reconnaître une maladie d'oreilles, c'est-à-dire pour savoir d'une manière précise quel est le mode de lésion qui la constitue, il faut examiner avec soin l'organe malade, apprécier les changements survenus dans sa forme, dans sa texture, en un mot, analyser chacun des éléments qui composent cet appareil. La plupart des traités de médecine acoustique contiennent épars un certain nombre de procédés d'exploration du méat externe, du tympan, des trompes ou de la caisse; mais ces préceptes, indiqués vaguement et d'une manière incomplète, sont restés en dehors du domaine de la science, comme si les médecins auristes eussent voulu s'en réserver le monopole.

J'ai pensé qu'il convenait de réunir ces matériaux et de les compléter autant que possible. Ce n'est point ici un chapitre de séméiologie acoustique, mais seulement un travail d'analyse clinique, une application des sens à l'étude des particularités de l'organisation de l'oreille, une introduction nécessaire à des recherches bien plus délicates, puisqu'elles consistent dans l'appréciation de phénomènes, de symptômes, dont je veux seulement apprendre à constater l'existence.

Dans cet exposé des moyens d'exploration de l'oreille, je suivrai l'ordre anatomique; j'examinerai d'abord le pavillon de l'oreille, puis le méat externe et la membrane du tympan, c'est-à-dire toutes les parties qui sont soumises à l'inspection directe de l'œil. J'étudierai ensuite les moyens d'exploration de la trompe d'Eustachi et de la cavité tympanique; enfin, j'indiquerai les divers procédés à l'aide desquels on peut découvrir les lésions qui ont leur siége dans l'oreille interne proprement dite, ou plus profondément encore.

§ Ier. — *Pavillon de l'oreille.*

La position extérieure de cet organe rend très-facile l'examen des lésions dont il est le siége; cependant il faut encore y mettre quelque soin pour ne pas méconnaître certaines altérations de la peau qui ont leur siége au fond des replis qui le parcourent. L'eczema chronique, le lichen, l'acne et autres affections papuleuses ou vésiculeuses affectant

le pavillon de l'oreille, sont quelquefois difficiles à diagnostiquer. Il faut toucher cet organe, s'assurer de sa souplesse, de son epaisseur, voir si la peau qui le revêt est rugueuse ou luisante, si elle se plisse en travers ou se gerce à l'endroit où elle se continue avec la région mastoïdienne, si la température est au dessus ou au-dessous de celle des parties voisines. Il est nécessaire de relever l'hélix, de déplisser en quelque sorte le pavillon, afin de constater les altérations de la peau, souvent légères, mais importantes, en ce sens qu'il en existe de semblables dans le méat externe et jusque sur le tympan. Je démontrerai ailleurs que la plupart des maladies du méat externe sont semblables à celles qui occupent la surface cutanée, et qu'on retrouve sur la peau du conduit auditif presque toutes les lésions élémentaires et consécutives qui ont été signalées par les pathologistes modernes les plus estimés.

Les muscles, le tissu cellulaire et le fibro-cartilage, qui constituent le pavillon de l'oreille, offrent assez souvent un mode d'altération en vertu duquel ces parties deviennent dures, raides, à tel point que cet organe peut être fracturé, ainsi que je l'ai vu chez un malade âgé de 38 ans. J'ai rencontré une disposition inverse chez une vieille femme, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Madeleine, n° 41, chez M. Récamier. Le pavillon était tellement mou qu'il tombait et recouvrait la conque, ainsi que le méat externe.

Je n'ai point à m'occuper ici des variétés de forme que présente l'oreille externe, non plus que des changements produits par la compression des coiffures, surtout chez les femmes. Un auriste anglais, Buchanan, a consacré de longs développements à l'étude de ces formes et de leur influence sur l'audition.

Lorsque l'on examine un grand nombre d'individus plus ou moins sourds ou entendant bien, on ne tarde pas à se convaincre que le volume, la forme, le degré d'inclinaison du pavillon de l'oreille n'ont aucune influence marquée sur louïe et que cet appareil accessoire n'a qu'une importance très-secondaire. Cependant, on doit toujours l'examiner avec soin, parce que, comme je l'ai déjà dit, l'état de la peau qui le revêt indique assez bien le mode d'altération de celle qui tappise le conduit auditif externe.

§ II. — *Méat externe.*

Il est aisé de se convaincre que toutes les parties constituant l'oreille externe presentent des formes et des dimensions très-variables. On ne peut établir avec quelque précision les limites de l'état normal. La longueur du conduit auditif, sa largeur, son degré d'inclinaison ou d'obliquité, diffèrent non-seulement suivant l'âge des individus, mais encore suivant des circonstances tout à fait individuelles. On rencontre quelquefois une différence notable entre deux oreilles également saines, quoique ce défaut de symétrie résulte ordinairement d'un état pathologique, et soit l'indice d'une altération de l'ouïe.

On trouve quelquefois le méat externe assez large, assez droit pour que l'on puisse voir aisément la membrane du tympan, mais ces faits sont exceptionnels et se rattachent à cette ampliation spontanée du méat signalée par Itard. Dans l'immense majorité des cas, la disposition du conduit est telle que, pour le voir en entier, il faut recourir à l'emploi d'un instrument qui dilate ses parois et redresse sa courbure. Souvent aussi les poils qui garnissent le sommet et la face interne du tragus, les villosités situées à l'orifice du conduit, rendent nécessaire l'usage du spéculum. Le gonflement de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané diminue le calibre de ce conduit et nécessite l'emploi de ce même instrument, qui n'est rejeté que par deux auristes modernes, MM. Wright et Fabrizi.

Tous les auteurs s'accordent à dire que, pour examiner le méat externe, il faut saisir la partie supérieure du prvillon de l'oreille et tirer tout l'organe en haut et en dehors. Ce précepte est vulgaire et remédie, d'ailleurs, assez bien aux inconvénients de la courbure du conduit auditif, qui est dirigé en bas et en avant; mais dans beaucoup de cas il est loin de suffire, en raison de la trop grande obliquité du méat, de son étroitesse, des villosités trop abondantes qui le garnissent, etc.

L'orifice du méat externe présente assez souvent une double disposition, qui rend indispensable l'emploi du spéculum, je veux parler d'une déviation du conduit en vertu de laquelle il se porte en bas et en avant, au-dessous du condyle de l'os maxillaire. Son diamètre antéro-postérieur diminue à un tel point que les parois se touchent et que l'orifice, qui ne consiste plus qu'en une fente verticale, vient se placer derrière le tragus, qui lui sert d'obturateur. Cette difformité, qui n'est pas toujours, comme on l'a dit, le résultat des progrès de l'âge, puisque je l'ai rencontrée chez de très-jeunes sujets, exige impérieusement l'emploi du spéculum, qui même ne suffit pas toujours.

On sait que le conduit auditif externe se compose de deux parties, l'une extérieure, formée par un fibro-cartilage, l'autre intérieure, formée par une lame osseuse du temporal. La portion molle est mobile, plus ou moins flexible ou dilatable, tandis que l'autre ne l'est pas. L'obliquité plus ou moins grande du méat dépend du mode de réunion de ces parties et de l'angle que forment les deux axes de ces conduits cylindriques. Il est évident que la partie externe du méat est seule extensible et que personne n'a jamais songé à dilater la portion osseuse. Et cependant c'est sur l'impossibilité d'agrandir le méat osseux que le docteur Fabrizi se fonde pour rejeter le spéculum. Le plus simple examen suffit pour prouver que les deux valves de cet instrument redressent en s'écartant les flexuosités du canal membraneux, augmentent son diamètre, s'opposent à l'inflexion du tragus et permettent l'arrivée de la lumière jusque sur la face externe du tympan.

Il s'agit donc de ramener autant que possible à la perpendiculaire les divers axes de chacun des segments qui composent le conduit auditif et de le placer lui-même de telle façon que la lumière puisse arriver dans sa partie la plus profonde. Je me contente pour cela de faire asseoir le malade sur une chaise ordinaire, auprès d'une fenêtre bien éclairée

par le soleil. J'ai renoncé à l'emploi d'un dossier élevé garni d'un coussin mobile ou fixe, parce qu'il faut que la tête du malade puisse être dirigée dans le sens de l'incidence des rayons solaires. De plus, il est nécessaire que le patient puisse se retirer à volonté, afin de fuir la pression, quelquefois douloureuse, de l'extrémité des valves du spéculum, quand cette partie de l'instrument arrive à la portion osseuse du méat, et comprime les tissus plus ou moins enflammés. Cette liberté laissée au malade ajoute à sa sécurité et rend d'ailleurs l'examen de son oreille plus facile.

La lumière directe du soleil est véritablement indispensable pour acquérir une connaissance précise du mode de lésion qui a son siége au fond du méat et sur la membrane du tympan. Des médecins anglais et allemands ont fait construire des lampes armées d'un réflecteur; mais cette lumière artificielle est d'un emploi difficile et ne peut rendre que de faibles services. J'ai constaté, par de nombreux essais, qu'une seule bougie était préférable, et voici comment il faut agir. Ou bien cette bougie est tenue à la main et placée au-devant d'une cuiller d'argent qui réfléchit la lumière, ou bien la bougie étant posée sur une table, on se contente de donner au malade une situation telle que sa lumière, tombant obliquement sur la concavité d'une des valves du spéculum, se réfléchisse et aille éclairer le tympan. Un peu d'exercice a bientôt appris le degré d'inclinaison qu'il faut donner à l'instrument. Ce procédé est utile, surtout en hiver, et lorsque le temps est brumeux.

Le pavillon de l'oreille étant porté en haut et en arrière au moyen de la main gauche, le spéculum, tenu de la main droite, est enfoncé dans le méat jusqu'à la profondeur de 5 à 6 lignes, plus ou moins, suivant la longueur de la portion molle de ce conduit. Arrivé à ce point, l'instrument s'arrête ordinairement, quelquefois il peut aller au-delà et pénétrer dans la portion osseuse du méat. Mais dans beaucoup de cas, les parties molles forment un cône tronqué dont la base est extérieure et dont le sommet répond au bord osseux du conduit, de telle sorte que ce point de réunion est notablement rétréci. Le spéculum ne peut atteindre que jusque là, et encore doit-on alors le retirer un peu pour pouvoir écarter ses valves.

Quand cette disposition conique n'existe pas, et que la portion osseuse est un peu large, les extrémités des branches du spéculum, en y pénétrant, s'y appuient doucement et rendent très-facile le redressement des courbures de la portion molle du méat. Le docteur Fabrizi dit que dans ce cas le spéculum rétrécit le conduit en raison de sa propre épaisseur; mais il faut noter que les valves qui touchent l'orifice du conduit osseux s'y introduisent à peine et dilatent sensiblement toutes les parties molles extérieures.

Lorsque le spéculum a été introduit comme je viens de le dire, on écarte ses branches doucement, peu à peu, de manière à donner au conduit membraneux les plus grandes dimensions possibles. Cet agrandissement obtenu et la lumière arrivant bien au fond de l'oreille, on examine avec soin la partie la plus profonde du conduit, le tympan, le prolongement épidermique qui le revêt; on poursuit cet examen en procédant de dedans en dehors, et pour cela il suffit de retirer le spéculum en écartant peu à peu ses valves. On déplisse ainsi le méat tout entier, on l'étend sous la pression douce de ces valves convexes, et chacun des points de la surface du conduit auditif se présente successivement à l'œil de l'opérateur. Cette manière d'agir n'est applicable qu'aux méats qui ne sont pas coniques, car alors cette sorte de valvule moyenne s'oppose à l'introduction de l'instrument et ne laisse bien voir que la partie extérieure du conduit.

Dans l'état sain, une quantité plus ou moins grande de cérumen recouvre la moitié externe de la peau du méat. La plupart des maladies de l'oreille influent sur la production de cette substance qui devient, dans bien des cas, un obstacle au libre examen des parties. Il semblerait utile de faire d'abord une injection d'eau chaude afin d'enlever cette matière grasse ou tout autre corps étranger. Cependant il vaut beaucoup mieux s'en abstenir, afin de reconnaître la nature des produits sécrétés par l'appareil folliculeux, ainsi que les pellicules épidermiques qui se détachent spontanément, se roulent, se mêlent au cérumen et forment avec les villosités du conduit des masses plus ou moins volumineuses, véritables corps étrangers qui sont à la fois l'indice d'une maladie des téguments du méat et la cause passagère d'une surdité accidentelle.

Lorsque le cérumen, par sa quantité, la place qu'il occupe, sa consistance, etc., est un obstacle à l'examen du méat, on doit l'enlever, mais avec précaution, afin de ne pas produire d'accident. Très souvent, en effet, cette matière prend la solidité de la cire légèrement ramollie entre les doigts, et si l'on essaie de l'enlever avec une curette, on occasionne de vives douleurs. Cela dépend de ce que le corps étranger, remplissant tout le méat, communique au tympan les mouvements qu'on lui imprime; souvent aussi il se fait un suintement de sang qui dépend de ce que la masse de cérumen adhère fortement à la peau du conduit; alors l'épiderme se détache avec le cerumen et il y a déchirure des vaisseaux superficiels du corps muqueux.

On remédie à ce double inconvénient en agissant sur les concrétions cérumineuses au moyen de l'huile d'olive ou d'amandes douces qui les ramollit, les dissout et permet alors de les enlever avec un jet d'eau chaude. Très-souvent il suffit de faire d'abondantes injections d'eau tiède pour déterminer la sortie de ces concrétions. Rarement la curette peut suffire et il est toujours bon d'employer les liquides dont je viens de parler, afin de n'ajouter aucune lésion mécanique à celles qui existent dans le meat ou sur le typan.

Lorsque le cérumen est à l'état normal, on peut l'enlever avec un tampon de coton placé au bout d'une pince à branches longues et amincies. Cet instrument, qui doit être très-flexible et droit, sert à exercer une friction légère sur toute la surface du conduit auditif et à le nettoyer complétement. Il indique de plus le degré de sensibilité de la peau qui la tapisse et contribue ainsi beaucoup à éclairer le diagnostic de quelques maladies de l'oreille. Il est évident que le même moyen est applicable à tous les

cas d'otorrhée, quelle qu'en soit la source. Cependant il vaut mieux recourir à l'injection abondante d'eau chaude, surtout quand le canal est étroit, anfractueux, que la peau qui le revêt est dépouillée d'épiderme, ulcérée est très-sensible au plus léger frottement. Il en est de même pour le cas de phlegmon superficiel ou profond faisant saillie dans le méat, prêt à s'ouvrir ou déjà ouvert. L'introduction d'un corps étranger quelconque cause une douleur très-vive, tandis que l'eau tiède, poussée doucement, pénètre au fond du conduit, le nettoie et soulage le malade.

Ainsi que je l'ai dit, la sensibilité de la peau du méat présente de nombreuses variétés. Beaucoup de malades disent que leur oreille est morte, qu'elle est revêtue d'une feuille de parchemin et que cette paralysie, en s'étendant jusqu'au tympan, a déterminé la surdité. Ils en donnent pour preuve la facilité avec laquelle ils peuvent introduire le cure-oreille ou une grosse épingle jusqu'au fond du conduit sans ressentir aucune douleur ; la maladie a cheminé peu à peu de l'orifice du méat jusqu'au tympan, et la surdité est devenue d'autant plus grande que la sensibilité tactile des téguments a diminué. Dans le plus grand nombre de cas, cette sorte de paralysie du sentiment coïncide avec une absence plus ou moins complète de secrétion cérumineuse ; quelquefois cette matière perd ses principales propriétés physiques; elle devient blanche, sèche, friable, granulée, lamelleuse. J'indiquerai ailleurs la valeur de ces diverses altérations.

La pince, armée du petit tampon de coton et portée vers le milieu de la profondeur du méat, doit être soumise à un mouvement de rotation sur son axe, afin de déterminer le degré d'adhérence de l'épiderme au corps muqueux. Il arrive souvent alors que cette membrane se roule en cornet, ou bien se place en travers dans le conduit auditif et ressemble à un tympan. Il serait aisé de s'y tromper si l'on ne constatait en même temps que le derme est à nu dans une étendue notable et que cette cloison membraneuse n'offre pas les caractères physiques du tympan. Dailleurs, on peut la toucher sans occasionner de douleur; elle cède à la pression, se déchire avec facilité sans amener aucun accident du côté de l'ouïe. Je dois dire, pour justifier ces détails, que souvent l'épiderme décollé affecte cette forme singulière, et que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs cas de ce genre qui avaient été pris pour des perforations du tympan.

J'ai supposé jusqu'ici que le méat était de grandeur naturelle ou même un peu élargi ; mais il arrive souvent que l'on rencontre une disposition contraire. De toutes les causes qui produisent ce rétrécissement, la plus fréquente est l'eczéma chronique, et son influence est telle que les parois gonflées du conduit auditif se touchent dans la plus grande partie de leur étendue et rendent tout à fait impossible l'introduction du spéculum. Il faut alors dilater les portions rétrécies, et l'on y parvient assez promptement au moyen de fragments d'éponge préparée ou de grosses cordes de harpe ou de violoncelle. Souvent encore j'ai réussi à diminuer le gonflement en pratiquant une cautérisation légère avec un crayon de nitrate d'argent. L'irritation très-vive produite par ce caustique se trouve bientôt remplacée par un travail de résolution qui s'empare des parties hypertrophiées, et le canal devient libre.

L'erysipèle de l'oreille externe produit aussi une occlusion passagère du méat, mais alors il faut attendre la fin de cette phlegmasie, qui n'a que peu d'influence sur l'audition. Certains phlegmons superficiels obstruent plus ou moins complétement le conduit et s'opposent à l'introduction du spéculum ; mais, dans ces circonstances, il n'y a aucune nécessité de pousser l'examen jusque-là. Les abcès situés plus profondément peuvent être reconnus à l'aide de l'instrument dilatateur. On peut même apprécier leur nature en voyant le point où ils font saillie. Ceux qui occupent la portion osseuse du méat s'accompagnent souvent de nécrose, et laissent après eux des ulcérations dont la cure est difficile. Dans tous ces cas, le spéculum me semble indispensable, et je ne crois pas que sans lui l'on puisse établir un bon diagnostic de la plupart des maladies de l'oreille externe.

§ III. — *Membrane du tympan.*

L'exploration de la cloison membraneuse qui sépare le méat de la caisse est d'un très-haut intérêt pour le diagnostic des maladies de l'oreille, et l'on ne saurait donner trop d'attention à l'étude approfondie de ses caractères physiques dans l'état de santé. Il faut considérer à la fois sa forme générale, son degré d'inclinaison, sa concavité, sa couleur, sa transparence, son poli, le mode d'insertion de la branche du marteau, etc. Tout ce que j'ai dit sur l'emploi du spéculum pour examiner le méat externe s'applique directement à l'étude du tympan, mais ne suffit pas toujours pour fournir les lumières dont on a besoin.

La plupart des auristes étrangers recommandent l'usage d'un petit stylet boutonné, pour apprécier, disent-ils, le degré de tension de la cloison tympanique, son mode de sensibilité, et enfin pour reconnaître les perforations dont il peut être affecté. Cette exploration de la surface extérieure du tympan est considérée par Kramer, Lincke, Buchanam, Pilcher, Saunders et autres, comme une chose très-simple et en même temps très-utile. Examinons cette opinion.

Lorsque le méat externe n'est pas trop oblique ni trop étroit, c'est-à-dire dans la majorité des cas, il est facile de voir les deux tiers de la surface du tympan, et de reconnaître avec précision toutes les propriétés physiques de cette membrane, si toutefois l'on a pris le soin d'enlever, au moyen d'une abondante injection d'eau chaude, les matières étrangères qui peuvent la recouvrir plus ou moins complétement. Je ne sache pas qu'un stylet boutonné, promené doucement sur cette surface, puisse apprendre quelque chose de plus que l'œil, et, dans les cas rares où l'on ne peut voir cette membrane, j'ai peine à croire qu'il y ait quelque avantage à employer l'instrument en question. Il m'est souvent arrivé de chercher à connaître le degré de sensibilité tactile du tympan, surtout dans des cas où le malade disait que son oreille externe était paralysée ou même morte, et j'ai observé que l'emploi du stylet

mousse ne valait pas une boulette de coton portée sur l'extrémité d'une pince. Presque toujours le contact du metal produit la sensation d'une piqûre, lors même que les parties sont bien moins sensibles que dans l'etat normal, tandis que le coton promené à la surface de la membrane occasione un léger chatouillement qui n'a rien de pénible. Quelquefois, cependant, la sensibilité du méat et du tympan est si vive, sans qu'on y trouve de traces de phlogose, que le plus léger contact d'un instrument quelconque occasionne une douleur aiguë, et que l'on doit renoncer à ce genre de recherches.

Il en doit être tout autrement lorsque les malades ont l'habitude d'introduire jusqu'au fond du méat un cure-oreille, une longue épingle, ou d'autres instruments semblables. Si, par suite de manœuvres fréquemment répétées, le tympan a perdu sa sensibilité normale, on peut alors se servir d'un stylet boutonné pour apprécier le degré et l'étendue de cette sorte de paralysie. Il m'est arrivé souvent de promener ainsi le bouton de ma sonde sur toute la surface du tympan, sans que le malade en ait la conscience. Cette exploration permet de constater un phénomène qui se rattache plutôt aux altérations de l'oreille interne, et qui me semble destiné à jeter du jour sur le diagnostic des maladies du vestibule et de ses annexes. Je veux parler de la pression exercée sur l'extrémité de la longue branche du marteau, pression qui se transmet à toute la chaîne des osselets, et par conséquent à la partie de l'étrier qui ferme la fenêtre ovale. Cette manœuvre a pour résultat de réveiller subitement l'audition dans des cas de surdité grave. Je me contente d'indiquer ici ce point, qui me paraît entièrement neuf. J'y reviendrai dans la dernière partie de ce travail.

La simple inspection permet donc d'apprécier exactement la forme générale du tympan, sa couleur, son poli, sa transparence, et, par conséquent, son degré d'épaisseur. Tout ce qu'ont dit les anciens et même quelques modernes sur la tension exagérée ou sur le relâchement de cette membrane a été regardé, depuis Itard, comme une pure supposition. Cependant, il ne faut pas croire que le tympan ne puisse pas être entraîné en dedans ou en dehors, par suite d'un mouvement de bascule du marteau qui rend cette cloison beaucoup plus concave que de coutume, ou par l'accumulation du mucus, du pus, ou même de l'air dans la caisse, qui refoulent le tympan en dehors, et tendent à le rendre convexe en ce sens. Ces particularités méritent une grande attention et se reconnaissent au plus ou moins de saillie que présente la longue branche du marteau, et à la forme générale du fond du méat.

Il est un autre moyen d'exploration dont je dois parler ici, bien qu'il se rattache à l'étude des lésions de l'oreille moyenne. Je veux parler de l'expiration forcée, la bouche et le nez étant fermés. L'air poussé par le conduit guttural et accumulé dans la caisse du tympan, distend cette membrane, diminue sa concavité, altère sa surface polie, la ride, la fronce, et fournit au médecin des renseignements utiles sur la plupart de ses propriétés physiques.

Lorsque la trompe d'Eustachi est engorgée, et qu'un obstacle quelconque s'oppose au passage de l'air par cette voie, on pratique le cathétérisme, on insuffle de l'air au travers de la sonde, et l'on peut alors voir l'effet que produit ce fluide sur le tympan. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette operation est inutile, et la plupart des malades parviennent à faire passer de l'air dans l'oreille moyenne; aussi doit-on les engager à renouveler les tentatives qui ont pour but d'eviter le cathétérisme de la trompe, et qui permettent d'atteindre parfaitement le but que l'on se propose.

Mais dans les cas de perforation du tympan, ce passage naturel ou artificiel de l'air au travers de la caisse sert à établir le diagnostic avec une extrême précision. Très souvent, en effet, l'examen le plus attentif de la face externe de cette membrane ne fait découvrir aucune solution de continuité, lors même que le fond du méat est parfaitement net. Si le malade se mouche un peu fort, s'il fait quelque mouvement de déglutition, alors on voit des bulles d'air s'échapper par une ouverture plus ou moins grande, on entend un sifflement aigu, quelques gouttelettes de pus ou de mucosités sont projetées dans le méat, et il ne peut rester aucun doute sur la nature de la lésion. Lorsque la perforation existe à la partie antérieure du tympan, la courbure du méat s'oppose à ce qu'on la voie; mais alors le bruit de sifflement que produit l'air chassé par l'ouverture fistuleuse suffit pour établir le diagnostic.

Cette manière d'explorer le tympan est d'un haut intérêt, et fournit rapidement des signes au moyen desquels on apprécie l'état de cette membrane. Chaque jour, dans les hôpitaux, je rencontre des perforations du tympan chez des individus convalescents d'affection typhoïde, ou en proie à la maladie tuberculeuse, et, pour cela, il suffit de leur pincer le nez et de les engager à faire une forte expiration. On voit que la fistule du tympan est clairement indiquée par le bruit que fait l'air en sortant, et que l'examen du fond du méat n'est que complémentaire. On cherche alors à savoir le lieu qu'occupe la fistule, son diamètre, la quantité de matière muqueuse ou purulente qui en sort; mais tout cela est de peu d'importance en comparaison du premier résultat.

Lorsque les perforations du tympan sont situées à sa partie supérieure et postérieure, il peut être utile de porter un petit stylet boutonné dans la plaie, afin d'en sonder la profondeur et de reconnaître si les surfaces osseuses voisines sont altérées. Cette exploration doit être faite avec prudence, afin de ne pas agir trop violemment sur les osselets de l'ouïe ou sur quelques autres parties également délicate. Une injection d'eau tiède lancée avec un peu de force pénètre souvent dans la caisse, et passe de là dans la trompe et dans le pharynx. Beaucoup de malades, ayant observé ces particularités sur eux, ne manquent pas d'en faire mention, et fournissent ainsi, de prime abord, des renseignements qui ne laissent pas de doute sur la nature de l'affection dont ils sont atteints.

Tous ces moyens d'exploration du tympan rendent superflu le procédé indiqué par Itard, et qui consiste dans l'introduction d'une certaine quantité d'eau dans le méat, placé de telle sorte, que son orifice regarde en haut. Si, dans cette position, le malade fait un effort d'expiration, et que le tympan

soit perforé, l'air s'échappe au travers du liquide, et forme des bulles qui crèvent à sa surface. On voit tout ce qu'il y a d'incommode dans cette manière d'agir, et plusieurs fois j'ai pu me convaincre qu'on arrivait difficilement au but. D'abord, le malade, ainsi placé, ne peut faire le plus léger mouvement sans agiter le liquide qui remplit son oreille; ensuite, quelques bulles d'air peuvent remonter à la surface de l'eau sans que le tympan soit perforé. Cela tient à ce que ces bulles d'air, adhérentes aux parois du méat et de la cloison, se détachent par suite des mouvements de totalité de l'organe ou du tympan refoulé par l'air qui pénètre dans la caisse. Je me suis convaincu, par beaucoup d'épreuves, que l'expiration forcée, la bouche et le nez fermés, et enfin le cathétérisme de la trompe quand le premier moyen ne suffit pas, conduisent parfaitement au diagnostic des lésions du tympan.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 34.)

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

88. *Mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura stramonium*; par M. J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice et la Vieillesse (hommes).

Les hallucinations sont, sans contredit, un des phénomènes les plus fréquents et les plus remarquables de l'aliénation mentale. Elles constituent parfois à elles seules le fait principal du désordre intellectuel, le fait primitif et central auquel viennent se rattacher les convictions délirantes, les perversions du jugement, de la volonté, des instincts.

Souvent même elles surgissent et demeurent isolées dans l'intelligence qui les juge et les apprécie, antipathiques à la conscience, en lutte contre la volonté, phénomène excentrique, fait anormal dont l'existence ne se lie à aucun trouble intellectuel.

Une étude approfondie de la nature des hallucinations, de leur mode d'origine, nous apprend que, dans une foule de cas, des liens étroits rattachent le phénomène moral à l'organisme, c'est-à-dire l'effet à la cause, le symptôme à la lésion, au point de les identifier, et, en quelque sorte (que l'on me passe l'expression), de *matérialiser* l'acte mental.

M'appuyant sur ces considérations, dont la suite de ce mémoire démontrera, j'espère, toute la justesse, je me suis demandé si, au lieu de suivre les errements des auteurs qui, jusqu'ici, n'ont tenu compte des hallucinations que d'une manière accessoire, il ne serait pas convenable, rationnel même, d'accepter pour ainsi dire ce phénomène mental dans son isolement, de l'y combattre, de le saisir corps à corps, de diriger enfin contre lui une méditation spéciale.

Pour atteindre ce but, il fallait trouver un remède qui allât droit au mal; en d'autres termes, qui exerçât une action directe sur l'organe lésé.

Parmi les substances médicamenteuses dont l'action sur le sytème nerveux est la plus évidente et la plus curieuse, le *datura stramonium* tient, sans aucun doute, le premier rang. Personne n'ignore, en effet, la singulière propriété qu'a cette plante de donner des hallucinations et des illusions de toute sorte, de jeter dans le délire, etc.

En faisant choix de ce médicament, je n'ai point procédé d'une manière purement empirique. La voie de l'induction m'a conduit à l'emploi d'une médication véritablement homœopathique, ou, si l'on veut, *substitutive*, ainsi que s'expriment les auteurs du nouveau Traité de thérapeutique.

Je ne crains pas d'user de cette dénomination pour caractériser le mode de médication que j'ai suivi, parce qu'en effet on verra que les guérisons que nous avons obtenues semblent être le résultat d'une sorte de *substitution* d'une maladie à une autre maladie. La modification nervense-mentale causée par le médicament, après s'être *substituée* à la modification organique préexistante, ou bien après l'avoir exagérée, a perdu insensiblement de son intensité, quelquefois s'est étendue brusquement, entraînant avec elle la cessation lente ou instanée des symptômes primitifs.

Au reste, je déclare d'avance que je ne tiens en aucune manière à l'explication hasardée des faits sur lequels je viens appeler l'attention. Mon but est exclussivement expérimental et pratique. A mes yeux, les faits seuls, mais les faits bien observés, ont une importance réelle.

Pour entrer convenablement en matière, je dois présenter quelques considérations :

1° Sur la nature et le mode d'origine des hallucinations, c'est-à-dire sur les circonstances physiologiques qui, très-fréquemment, accompagnent leur apparition.

2° Sur la nécessité d'établir entre les hallucinations une distinction basée sur leurs rapports avec les diverses anomalies intellectuelles au milieu desquelles elles se rencontrent, distinction que l'on a négligé de faire jusqu'ici, et pourtant d'une utilité éminemment pratique.

Une série d'observations et des détails thérapeutiques prendront place dans la seconde partie de ce travail.

Première partie.

Les désordres intellectuels dépendent essentiellement d'une lésion du système nerveux, ou plutôt de cette portion du système nerveux chargée de présider à l'exercice des facultés dites morales.

Quelqu'idée que l'on se fasse de cette lésion, de sa nature intime, qu'on l'appelle *organique, dynamique,* il n'importe, elle existe; la nier, c'est nier l'existence même des phénomènes qui en sont l'expression, la traduction extérieure; c'est diviser ce qui, de sa nature, ne peut-ère divisé, l'organe et ses

fonctions, la cause et l'effet; en d'autres termes, c'est être absurde.

Que l'on me pardonne de rappeler ici ces vérités triviales dans la science. Il le faut bien, puisqu'aujourd'hui on semble les méconnaître; il existe je ne sais quelle propension à revenir aux idées qui dominaient au temps de Paracelse, oubliant que l'être humain, comme dit le judicieux Montaigne, « ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps, c'est un homme; il ne faut pas en faire deux. »

En pathologie générale, les rapports qui lient les désordres de fonctions aux organes sont, dans la plupart des cas, faciles à apprécier. Serait-il exact d'avancer qu'il n'en est pas ainsi quant aux désordres fonctionnels du système nerveux considéré comme agent des facultés morales? Je n'ignore pas que cette opinion est généralement accréditée. Tout récemment encore elle a été défendue devant l'Académie de médecine, et sur elle on a bâti un système de traitement des maladies mentales dans lequel on a égard *exclusivement* aux phénomènes fonctionnels, sans tenir aucun compte des modifications réelles, bien qu'inconnues dans leur essence, qui sont nécessairement survenues dans l'organe d'où ces phénomènes découlent. Est ce donc que l'on manque de faits pour établir, entre le trouble des facultés morales et l'organisme, l'intimité de corrélation, de rapports que l'on conteste?

Mais, pour ne parler ici que des faits généraux, qui se rencontrent pour ainsi dire à chaque pas dans l'étude de l'aliénation mentale, dont la présence se fait sentir à chaque instant, n'est-ce donc rien que cette terrible *hérédité*, cette *prédisposition nerveuse*, compagne à peu près inséparable de l'épilepsie et des autres affections convulsives, ce phénomène d'*intermittence* commun à toutes ou presque toutes les affections mentales aiguës et même chroniques, etc.

Il me semble qu'il serait difficile de nier, dans tous ces cas, l'influence brute du physique, de la matière organisée et créatrice des phénomènes fonctionnels. Dans ceux de transmission héréditaire, par exemple, où l'on voit la folie se transmettre des membres d'une famille aux autres membres, souvent avec les mêmes caractères, les mêmes formes, se manifester précisément à la même époque de la vie, sous l'influence des mêmes causes physiques ou morales; où, le plus souvent, quand le délire n'éclate pas, on voit, comme par une funeste compensation, le caractère des individus imprégné en quelque sorte de l'affection dont le père, la mère, l'oncle, etc., ont été frappés, et rappeler, par une extrême bizarrerie, une véritable *excentricité*, les symptômes spéciaux du mal héréditaire... Comment s'opère cette transmission? C'est ce que, à coup sûr, je m'entreprendrai pas d'expliquer; mais, sans doute, elle est toute organique, toute moléculaire, comme celle de la phthisie, par exemple, ou de toute autre affection héréditaire.

L'influence des affections convulsives dans l'aliénation mentale est connue de tout le monde. Mais il n'est pas question ici des cas où les désordres de l'intelligence coïncident avec les désordres nerveux; nous y reviendrons plus tard. Je veux parler de la prédisposition à l'aliénation mentale qui s'observe chez les individus nés de parents qui ont été atteints de ces affections. Ce fait de pathologie mentale n'est pas moins bien établi que le premier.

Je ne répéterai pas, à propos du phénomène *d'intermittence*, ce que je viens de dire de l'hérédité. Il n'y a pas non plus, je pense, à nier l'existence d'une lésion pathologique quelconque, car il faudrait en faire autant pour les fièvres périodiques. Phénomènes *moraux*, phénomènes *physiques*, le fait d'intermittence les confond tous, les identifie, au moins quant à la cause qui les produit.

A ce que nous venons de dire de l'*hérédité*, des *prédispositions nerveuses* (nous aurions pu mentionner encore celles qui se rattachent à l'abus des liqueurs alcooliques, de l'opium, des infusions théiformes, etc.), de l'*intermittence*, qui revendiquent pour leur part un si bon nombre de lésions intellectuelles, nous devons ajouter qu'il est excessivement rare que le début de la folie ne soit pas signalé par des symptômes physiques, symptômes fugitifs qui passeront inaperçus de ceux qui n'ont pas une habitude suffisante des malades. Il y aura de la soif, de la constipation, des douleurs gastralgiques, le plus souvent une légère oppression, presque toujours (chez les femmes) des désordres ou de simples irrégularités de la menstruation, du flux hémorrhoïdal, une injection remarquable de la face, de la conjonctive, une sorte de turgescence des lèvres, des maux de tête, des tintements d'oreille, de l'insomnie, des rêves inaccoutumés, des palpitations, froid des extrémités, malaise général, etc., etc. « Il faut bien savoir, dit Esquirol, qu'au début de la folie, le délire de cette affection ressemble beaucoup au délire fébrile; que l'erreur est facile.... » Il importe de ne pas perdre de vue ces paroles du médecin illustre que je viens de citer; d'autant que la plupart des malades, quand on les amène dans les hospices, ont dépassé la première période d'acuité, il ne reste plus guère que des symptômes nerveux contre lesquels on sera porté à diriger tous les efforts thérapeutiques, sans tenir compte (bien à tort évidemment) de l'état antérieur.

Nous devons enfin ajouter à la liste des faits que nous venons de passer rapidement en revue un autre ordre de faits nombreux dans lesquels la lésion organique est bien autrement évidente, où cette lésion est mise à nu par le scalpel de l'anatomo-pathologiste, nous voulons parler de la *paralysie générale des aliénés*.

En vain se récrie-t-on que, dans cette affection, les désordres intellectuels n'existent pas seuls, qu'ils se compliquent d'une lésion des mouvements. Que prouve cette distinction? Qu'importe la lésion des mouvements si, toujours avec elle, coïncide le trouble des facultés mentales, et, qui plus est, toujours ou presque toujours le même genre de délire (délire ambitieux, idées de grandeur, de richesses, vanité outrée, etc.)? Dans la paralysie générale, le cerveau est lésé *tout à la fois*, comme agent de la motilité et comme agent intellectuel. La même modification de la substance cérébrale qui frappe les mouvements atteint encore les facultés mentales, et à peu près toujours de la même manière pour les deux ordres de fonctions. C'est là, après tout, un phénomène patho-

logique fort simple, mais d'une haute portée dans la question que nous examinons.

En présence de pareils faits, il me semble difficile de révoquer en doute la liaison intime, la liaison de *causalité* des désordres organiques et des symptômes morbides. Ajoutons que la plus simple induction doit nous porter à admettre des lesions, sinon identiques, du moins analogues, dans les cas où, moins heureux, l'anatomo-pathologiste ne pourra les découvrir.

Dans une foule de cas particuliers, qu'il s'agisse des causes, de la marche, du traitement des maladies mentales, la corrélation des désordres physiques et intellectuels est tellement évidente que l'on dirait plutôt une véritable *fusion*, que l'on me passe l'expression, des uns et des autres, que de simples rapports existant entre eux. L'examen de quelques-uns de ces cas a fait l'objet de ma dissertation inaugurale (1); je m'abstiendrai de les citer de nouveau.

Je dois maintenant appeler l'attention sur des faits analogues qui ont un rapport plus direct avec l'objet de ce mémoire, faits d'observation qui, jusqu'ici pourtant, ont passé presque inaperçus, dont on n'a songé à tirer aucune conséquence physiologique ou thérapeutique, et qui, pour nous, ont été comme le point de départ, la base théorique du traitement dont nous avons fait usage contre les hallucinations.

Rappelons d'abord les hallucinations et les illusions qui s'observent dans les maladies aiguës. On sait combien ces phénomènes sont fréquents dans la période grave de ces maladies, de celles surtout dont les principaux symptômes, soit primitivement, soit consécutivement, ont leur siége dans le système nerveux. Mouvements convulsifs, lésions partielles de la motilité, perversion, abolition de la sensibilité, désordres des sens, *hallucinations, illusions*, délire, etc.; il faut bien rapporter tous ces phénomènes à une cause analogue, sinon identique, quelqu'idée que l'on se fasse de sa nature intime.

La plupart des épileptiques, des hystériques, ont des hallucinations, et de très-variées, dont l'apparition se lie étroitement aux accidents nerveux. Alors que l'approche du mal se fait sentir, que les premières secousses, les premières crampes, certaines douleurs ont lieu dans divers points de l'économie, remontant, d'une manière appréciée du malade, de la périphérie au centre, des extrémités vers l'encéphale....; alors surgissent les hallucinations. Ce sont des bruits étranges, des sons de cloche, des décharges d'armes à feu, le bruit que fait une voiture en roulant, le galop d'un cheval, etc. Quelquefois aussi des voix menaçantes se font entendre, des fantômes effrayants apparissent; « les malades croient qu'on les bat, qu'on les frappe; ils montrent leur corps qu'ils prétendent meurtri par les coups dont on les a assommés. Un général croyait tenir un voleur et secouait violemment ses bras, comme s'il eût tenu quelqu'un qu'il eût voulu terrasser. » (Esquirol.) Une jeune fille de 17 ans, que j'ai observée à Charenton en 1827, atteinte d'hystérie depuis deux ans, mais jouissant habituellement de l'intégrité de ses facultés morales, quelques instants avant ses accès, se voyait toujours environnée d'hommes nus, de soldats qui la provoquaient par des gestes obscènes et lui tenaient les propos les plus licencieux. Elle s'agitait, répondait à leurs provocations... Avec les accidents nerveux disparaissaient tous ces fantômes, et le calme rentrait dans l'âme de la jeune malade.

En thèse générale, on peut dire qu'une observation exacte, et faite sans idées préconçues, découvrira chez presque tous les hallucinés, tantôt à une époque de la maladie, tantôt à une autre, au début principalement, quelque trouble physique, le plus souvent dans la dépendance exclusive du système nerveux, parfois s'alliant à des anomalies de la circulation, de la respiration ou des fonctions digestives.

Il n'est pas rare de voir les hallucinations affecter le type *rémittent*, ou même *intermittent*. C'est tantôt de jour, tantôt de nuit, quelquefois à une époque précise de la journée qu'elles se réveillent.

Chez un grand nombre d'hallucinés, des congestions cérébrales, des coups de sang, des attaques de paralysie ont précédé les hallucinations.

Une femme, dont parle M. Voisin dans son excellent livre sur les *causes morales et physiques des maladies mentales*, fatiguée par une longue route, se couche par terre pour se délasser; peu près, elle sent dans la tête un mouvement et un bruit semblables au bruit et au mouvement du rouet à filer; elle s'affraie; néanmoins elle reprend son chemin; mais en route elle croit être enlevée de terre à plus de sept pieds de haut....

M. Leuret, dans ses *Fragments psychologiques*, écrits à une époque où il *regardait avec tous ses confrères et ses maîtres les hallucinations comme étant un symptôme purement physique*, cite, d'après Matthey, l'observation « d'un jeune homme qui, allant à pied à Lyon, *durant les fortes chaleurs de l'été*, fut pris en route de délire frénétique. Il s'enfuit sur la montagne... Il avait vu un vieillard à barbe blanche et vêtu de drap blanc, qui l'appelait à lui, et qu'il suivit longtemps à travers les rochers et les bois, s'imaginant que c'était le père éternel. »

Les hallucinations de Jérôme Cardan étaient, ainsi qu'il le dit lui-même, précédées de violentes palpitations de cœur et de la sensation d'un fort tremblement de terre (1).

Quelques minutes avant l'explosion du délire, un malade, dont parle Guislain (*Traité sur l'aliénation mentale*), ressent une douleur dans le bas-ventre; une sensation désagréable, mais moins pénible que la première, monte successivement de la région épigastrique à la poitrine et à la tête. Alors l'intelligence se trouble, des illusions de toute espèce s'emparent de son moral; il croit voir des personnages mystérieux et semble s'entretenir avec des génies malfaisants.

Mais le fait le plus remarquable en ce genre et le probant, sans doute, dans la question qui nous occupe est celui que Pinel a consigné dans sa *Noso-*

(1) De l'influence du physique, etc. Paris, juin 1830.

(1) Lélut, Du démon de Socrate.

graphie (1re édit., p. 66, t. II). Une femme mélancolique, qui avait conscience de son délire, s'exprimait ainsi :

« Le matin, à mon réveil, et le soir, avant de m'endormir, les artères de ma tête étant plus vivement agitées, j'entends distinctement, vers le derrière et au sommet de ma tête, une voix (je manque d'autre expression, ou plutôt je sens que celle-là seule est exacte); cette voix donc rend des sons franchement articulés, construit des phrases qui présentent toujours un sens rarement obscur. Levée sur mon séant, cette voix cesse de se faire entendre. Cette singularité m'a fait naître une réflexion sur les temps d'enthousiasme et de crédulité, et j'en ai conclu qu'inspirés, possédés, béats, illuminés, en un mot, toute la classe à révélation n'avait pu avoir, pour tout commerce surnaturel ou céleste, que de semblables conversations avec le cerveau échauffé, électrisé par une force toute corporelle (1). »

Le malade qui fait le sujet de l'observation 4e de ce travail n'avait d'hallucinations le soir que lorsque sa tête reposait sur un oreiller. Il lui suffisait de se mettre sur son séant pour s'en débarrasser.

La thèse que nous soutenons peut s'étayer encore des étranges modifications que l'usage des boissons alcooliques, de certains poisons apporte dans les facultés mentales. Les hallucinations les plus variées, une perversion plus ou moins profonde de la sensibilité générale, une singulière exaltation de l'imagination, qui donne de l'actualité aux choses passées, de la vie aux fantômes créés par la passion et le désir, on peut produire tout cela avec quelques gouttes d'alcool, quelques grains d'opium, d'extrait de chanvre africain, d'extrait de belladone, de datura, etc.

Personne, sans doute, à moins de fermer les yeux à toute lumière, ne pourra se défendre de voir ici la corrélation étroite, nécessaire, de l'action moléculaire de l'organisme et les produits intellectuels, la dépendance réciproque de la matière et de l'esprit, et, si j'osais m'exprimer comme Cabanis, les résultats de la sécrétion, changeant avec les modifications que les substances alcooliques, opiacées ou autres, font subir à l'organe sécréteur.

L'effet des boissons alcooliques sur le système nerveux est connu de tout le monde, je n'en parlerai donc point. Cependant je ne puis me dispenser de signaler ici deux faits de pathologie mentale, d'une certaine valeur dans la question que nous traitons : le premier, c'est que, comme cause *éloignée prédisposante*, l'abus des boissons spiritueuses a une large part dans la production du délire chez un grand nombre d'individus. Cox l'avait déjà fait observer, très-souvent les enfants de ceux qui abusent de la boisson deviennent fous ; le seconde, c'est que presque toujours les hallucinations constituent le phénomène principal du délire, suite d'ivresse. Souvent même, chose digne de remarque, les hallucinations existent seules, sans autre trouble intellectuel. Les malades apprécient bien leur état, ne se font pas illusion ni sur la cause, ni sur la nature de leurs *imaginations*, ainsi qu'ils s'expriment. Ils s'en inquiètent peu en général. L'expérience leur a appris qu'une abstinence de quelques jours et le régime de l'hospice étaient des remèdes d'une efficacité presqu'infaillible.

Il n'est personne qui n'ait entendu parler de l'étrange influence qu'exercent sur les facultés morales certaines substances toxiques en usage chez les Orientaux. Tous les voyageurs en ont fait mention. Des observateurs judicieux et graves, entre autres Prosper Alpin, nous ont laissé sur cette matière des détails pleins d'intérêt. Cependant nous devons reconnaître que, s'ils ont su exciter notre étonnement, ils n'ont pas beaucoup ébranlé notre incrédulité. On a soin de faire la part de l'imagination du narrateur, dont nous avons bien quelque raison de nous défier. L'on se figure presque entendre le récit d'un de ces merveilleux contes que la sultane Schéérazade des *Mille et une nuits* racontait si bien, et l'on se donne bien de garde de tout prendre au sérieux. Cette défiance, que moi-même j'avoue avoir partagée, même après un séjour de plus de onze mois en Orient, n'est pas fondée. Essayons de nous en rendre compte. Bien qu'ils aient vécu au milieu des populations orientales, la plupart des auteurs, sans en excepter ceux qui nous ont le mieux fait connaître leurs habitudes, leurs mœurs, etc., n'ont parlé que *par ouï-dire* de l'effet des substances qui nous occupent. Le moyen unique de bien connaître cet effet, c'est l'expérience personnelle. Mais on s'en effraie et on ne trouve pas que les résultats qu'on pourrait s'en promettre vaillent la peine de courir le risque de *s'empoisonner*, ou tout au moins de porter une atteinte grave à sa santé. On s'abstient donc, et l'on se contente de l'expérience d'autrui. C'est un moyen insuffisant de s'éclairer, pour quiconque surtout n'est pas familiarisé avec les désordres si variés, inexplicables, des facultés intellectuelles. On reste donc dans le doute, et ce doute ne peut manquer d'être partagé par ceux qui écoutent ou lisent des récits auxquels celui qui les fait paraît à peine ajouter foi lui-même.

Je ne voudrais pas qu'on tirât de ceci la conclusion que nous devons croire toujours sur parole les voyageurs amateurs, les touristes, qui aiment tant à faire provision de merveilleuses histoires; mais simplement que nos préventions peuvent ne pas être toujours légitimes et fondées.

Pour moi, j'avoue que je suis disposé à croire, presque sans aucune restriction, une foule de choses, qui généralement ne rencontrent qu'incrédulité. Que l'on ne me taxe pas d'une sotte présomption si je m'exprime ainsi; je parle simplement avec l'assurance, la fermeté de conviction qui se puise

(1) Il y a une curieuse remarque à faire ici en passant. Tous les manigraphes ont exprimé l'opinion que les prophètes, les sorciers, les illuminés, n'étaient que des hallucinés. Ne semblerait-il pas que cette opinion, que, du reste, nous partageons pleinement, leur a été suggérée par la mélancolique dont parle Pinel? Une hallucinée aurait ainsi donné la première l'explication de ces phénomènes de perversion de la sensibilité, qui en ont imposé, durant tant de siècles, à des nations éclairées, qui en imposent encore à presque toutes les populations de l'Orient, et qui même obtiennent encore en Europe l'assentiment de tant des gens crédules, aveuglés par la superstition ou l'ignorance !

dans l'expérience personnelle. C'est cette expérience qui ne me permet plus de révoquer en doute l'état extatique de félicité ineffable, de jouissances telles que la réalité ne peut en procurer de semblables, dans lequel, au rapport de tous les historiens, un prince du Liban plongeait ceux de ses sujets auxquels il voulait inspirer un dévouement fanatique à sa personne. Quiconque a visité l'Egypte, l'Asie-Mineure, etc., sait avec quelle avidité ce bonheur idéal est recherché des peuples qui habitent ces contrées; et pour en juger, pour y croire, il suffit d'avaler quelques grammes d'un *extrait végétal*, connu en Égypte sous le nom de *hachich*.

A ce sujet, je demanderai la permission de rapporter sommairement le résultat des experiences que j'ai faites tout récemment sur moi-même. Ce résultat, comme on le verra plus tard, a des rapports étroits avec l'objet principal de ce mémoire, et me semble propre à jeter une vive lumière sur l'étiologie des troubles *nerveux-intellectuels*, et sur la nature du traitement qui leur convient le mieux.

1° Il ne se développe de symptômes physiques appréciables qu'autant que la dose du *hachich* a été très-élevée. Une dose modérée modifie profondément les facultés morales, sans que l'éveil soit, pour ainsi dire, donné à la sensibilité organique. On dirait que l'agent modificateur, à la manière des affections morales, s'adresse directement et sans l'intermédiaire des organes aux facultés de l'intelligence. Ce fait est plein d'intérêt, à cause de l'analogie qu'il présente avec quelques cas de folie dans lesquels il est parfois impossible à l'observateur le plus pénétrant de découvrir aucun signe extérieur de l'altération des organes.

2° L'action du *hachich* s'exerce sur toutes les facultés à la fois. Elle se signale par un surcroît d'énergie intellectuelle, la vivacité des souvenirs, une conception plus rapide, etc. Insensiblement elle arrive à produire dans la volonté, dans les instincts, un tel relâchement, que nous devenons le jouet des impressions les plus diverses, de telle sorte qu'il dépendra entièrement des circonstances dans lesquelles nous nous trouvons placés, des objets qui frapperont nos yeux, des paroles qui arriveront à notre oreille, etc., de faire naître en nous les plus vifs sentiments de gaieté ou de tristesse. Les mangeurs de *hachich* (ainsi qu'on les appelle en Orient) n'ignorent pas ces particularités; aussi évitent-ils soigneusement tout ce qui pourrait tourner leur délire vers la mélancolie. C'est au fond de leur harem, entourés de leurs femmes, sous le charme de la musique et des danses lascives, exécutées par les *almées*, ou bien en compagnie d'amis intimes, qu'ils savourent l'enivrant *dawamesc*.

3° Au commencement de l'intoxication, tout en conservant la conscience la plus parfaite de soi-même, le pouvoir d'analyser jusqu'à ses moindres sensations, on se sent comme emporté dans une rêvasserie pleine de charme, et à laquelle on aime à s'abandonner. Une nouvelle existence vous pénètre, pour ainsi dire, vous enveloppe de toutes parts; les rêves, les fantômes de l'imagination vous arrachent à vous-même; vous sentez que vous passez du monde réel dans un monde fictif, imaginaire, et, si j'osais m'exprimer ainsi, dans l'impuissance où je me trouve de rendre ma pensée, je dirais que l'on s'endort sans cesser d'être éveillé.

4° C'est à cette disposition d'esprit autant qu'à l'extrême rapidité avec laquelle se succèdent les idées, les sensations, les désirs, etc., que l'on doit attribuer, je crois, l'impossibilité où l'on est bientôt de mesurer le temps qui vous semble se traîner avec une lenteur désespérante. Il m'a semblé, une fois, mettre plus de 3 heures à traverser le passage de l'Opéra. En satisfaisant au besoin d'uriner, outre que la sensation qui en résulte m'affectait d'une manière infiniment plus agréable (je dirai presque voluptueuse) que dans l'état ordinaire, je croyais véritablement ne devoir jamais en finir, et, à la honte de mes connaissances médicales, je me serais persuadé volontiers que le corps tout entier pouvait se résoudre en urine.

5° A cette période de l'intoxication, alors qu'une effervescence incroyable s'empare de toutes les facultés morales, un phénomène psychique se manifeste, le plus curieux de tous peut-être, et que je désespère de caractériser convenablement; c'est un sentiment de bien-être physique et moral, de contentement intérieur, de joie intime, bien-être, contentement, joies indéfinissables, que vous cherchez vainement à comprendre, à analyser, dont vous ne pouvez saisir la cause. Vous vous sentez heureux, vous le dites, vous le proclamez avec exaltation, vous cherchez à l'exprimer par tous les moyens qui sont en votre pouvoir, vous le répétez à satiété; mais pour dire comment, en quoi vous êtes heureux, les mots vous manquent pour l'exprimer, pour vous en rendre compte à vous-même. Me trouvant un jour dans cette situation, et désespérant de pouvoir me faire comprendre par des mots, je poussais des cris ou plutôt de véritables hurlements. Insensiblement, à ce bonheur si agité, nerveux, qui ébranle convulsivement toute votre sensibilité, succède un doux sentiment de lassitude physique et morale, une sorte d'apathie, d'insouciance, un calme complet, absolu, auquel votre esprit se laisse aller aux délices. Il semble que rien ne saurait porter atteinte à cette tranquillité d'âme, que vous êtes inaccessible à toute affection triste; je doute que la nouvelle la plus fâcheuse puisse vous tirer de cet état de béatitude imaginaire dont il est vraiment impossible de se faire idée, si on ne l'a pas éprouvé.

6° La sensibilité générale, les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher, etc., acquièrent une énergie inaccoutumée et qui peut devenir la source d'illusions et même d'hallucinations multpliées. La musique la plus grossière, les simples vibrations des cordes d'une harpe vous exaltent jusqu'au délire ou vous plongent dans une douce mélancolie. Mon ami, le docteur L. Auber, dans son ouvrage sur la peste, cite plusieurs cas d'hallucinations produites chez des pestiférés, par l'usage du hachich. Je lui ai entendu parler d'un officier de marine qui voyait au plafond de sa cabine des pantins que l'on mettait en mouvement au moyen d'une ficelle. Un autre individu était persuadé qu'il avait été transformé en un piston de machine à vapeur. Un jeune artiste

sentait son corps d'une élasticité telle, qu'il s'imaginait pouvoir entrer dans une bouteille et s'y tenir fort à l'aise. Moi-même ayant pris une dose très-légère de *dawamesc*, je me sentis léger au point d'effleurer à peine le sol en marchant. Une autre fois, sous l'influence d'une dose beaucoup plus considérable, il me sembla que tout mon corps s'enflait comme un ballon, que je m'enlevais, que je m'épanouissais dans l'air. Je puis donner une idée assez exacte de cette hallucination en rappelant ces images, ces figures fantasmagoriques que l'on voit très-petites d'abord, grandir avec rapidité et puis s'évanouir brusquement. La plupart des objets qui s'offraient à mes regards étaient cause de quelqu'illusion, excitaient en moi des sentiments de joie ou de mélancolie, de terreur même. Un béret écossais qui surmontait un faisceau d'armes s'était transformé en une figure hideuse et souillée de sang. Une vieille domestique de 71 ans, malgré ses rides et ses cheveux blancs, me paraissait avoir toute la grâce, tous les attraits d'une jeune et belle personne. Je crus voir un réchaud plein de charbons ardents dans la main d'un de mes amis qui voulait me faire boire un verre de limonade. J'étais importuné par une autre illusion fort bizarre ; je voyais sans cesse à mes côtés un petit homme rachitique ayant tout à fait la tournure d'un de ces nains hideux et à la figure joviale attachés au service des grands, dans le douzième siècle. La présence de ce vilain petit être m'irritait fort et je suppliai plusieurs fois que l'on écartât des objets qui entretenaient mon illusion. C'étaient un habit et un chapeau posés sur une table. Une hallucination de l'ouïe me jeta, pour quelques instants, dans un véritable état de panophobie. Je me sens tout à coup saisi d'une terreur que je ne puis m'expliquer et dont je cherche en vain à m'affranchir. Je demande instamment que l'on ferme une croisée de la chambre où je me trouvais ; non pas que j'éprouve le désir de me précipiter par cette croisée, mais je crains que la fantaisie ne m'en prenne. Je ne vois plus qu'avec effroi différentes armes antiques appendues à la muraille et auxquelles j'avais à peine pris garde jusqu'alors : je me demande si elles ne sont pas destinées à me faire du mal, à me tuer peut-être. La présence de quelques amis est loin de me tranquilliser. A l'exception d'un seul, je ressentais pour eux une vive défiance, je les détestais sans savoir pourquoi. Je trouvais moyen de jeter du ridicule sur tout ce qu'ils disaient ; en un mot, toutes les mauvaises passions fermentaient dans mon âme. Le désordre des facultés avait acquis, comme on le voit, une assez grande intensité, et néanmoins je n'avais pas perdu un seul instant la conscience de moi-même ; je gardai toujours le pouvoir d'apprécier, d'analyser la situation étrange dans laquelle je m'étais placé volontairement.

Voilà, quant aux effets immédiats et pour ainsi dire aigus de la substance toxique que nous avons désignée avec les Arabes sous le nom de *hachich*. Il en est d'autres, ou du moins je crois en avoir remarqué d'autres non moins curieux que les précédents, et, de plus, d'un intérêt psychologique immense. Ces phénomènes, dont il s'agit, constituent un état pathologique des facultés mentales tout à fait à part, une modification intellectuelle dont on n'a pu avoir idée jusqu'ici et qui paraît ne se développer que par l'usage du *hachich*. Je veux parler d'une *disposition* en quelque sorte chronique, permanente à voir des hallucinations (sans que, du reste, l'intégrité des facultés mentales soit autrement lésée), lorsque l'esprit se trouvera placé dans certaines conditions psychique, telles qu'une préoccupation forte, une foi vive, une croyance enthousiaste, etc., etc.

Quelqu'extraordinaire que paraisse le phénomène que je viens de signaler, on le comprend jusqu'à un certain point quand on réfléchit bien au genre d'influence exercée par le *hachich* sur les facultés morales ; quand on se rappelle que le trouble de ces facultés peut être porté à un haut degré sans que la conscience soit ébranlée, sans que l'on cesse de juger très-bien sa position, tout aussi bien que s'il s'agissait de tout autre que de nous-mêmes. Les hallucinations, les illusions les plus variées se jouent devant nos yeux, notre bon sens ne s'en laisse point imposer et s'il ne peut les chasser, il s'en amuse.

Les Arabes, ceux d'Egypte principalement, sont très-superstitieux. Il en est bien peu, même parmi les plus instruits, qui ne croient pas à l'existence de certains êtres qu'ils appellent *ginn* ou *génies*.

Les génies ont été créés avant Adam. Ils forment une classe intermédiaire entre les anges et les hommes ; ils sont faits de substance ignée, peuvent à leur gré revêtir la forme d'hommes, d'animaux, de montres, se rendre invisibles, etc. Ils mangent, ils boivent, se reproduisent à la manière des hommes; ils sont sujets à la mort, bien qu'ils vivent ordinairement plusieurs siècles.

A l'époque où W. Lane visitait l'Egypte (1835), il y avait au Caire un scheick nommé *Kahl el Medabigie*, uléma fort instruit et auteur d'ouvrages scientifiques recommandables qui se plaisait à raconter l'anecdocte suivante : « J'avais un chat noir auquel j'étais fort attaché et qui d'habitude reposait au pied de mon divan. Une fois, au beau milieu de la nuit, j'entends frapper à la porte de ma chambre ; mon chat accourt à la croisée, ouvre le volet et demande qui est là ? Une voix répond : je suis un tel, le *génie*, ouvre-moi la porte. — Je ne le puis, car le nom d'Allah a été prononcé sur la serrure.— Alors donne-moi quelques morceaux de pain. — Impossible ! le nom d'Allah a été également prononcé sur la corbeille où est le pain. — Mais au moins donne-moi un peu d'eau pour me désaltérer. Cette faveur lui étant encore refusée pour la même raison, le génie demanda ce qu'il devait faire pour ne pas mourir de faim et de soif. Le chat lui dit d'aller vers la maison voisine, promettant de lui en ouvrir la porte. Il disparut pour quelques instants et vint me retrouver ensuite. »

Les hallucinations de l'ouïe offriraient difficilement un caractère plus tranché. En voici un autre exemple que nous empruntons au même auteur. Les mauvais génies sont généralement connus sous le nom d'*effries*. Ce nom s'applique également aux âmes des défunts. « J'avais, dit sir Willam, à mon service un cuisinier d'une humeur fort gaie et

adonné à l'usage du *hachich*. Un soir, je le trouvai sur l'escalier, l'air étonné et paraissant s'adresser à quelqu'un placé auprès de lui. Que faites-vous ainsi accroupi, disait-il avec force demonstrations de politesse? Faites-moi l'honneur de descendre dans ma cuisine, j'aurais grand plaisir de causer un peu avec vous. Ne recevant pas de réponse, il répéta plusieurs fois son invitation. Je lui demandai à qui il parlait ainsi. « C'est à l'effrie d'un soldat turc qui est là assis sur les escaliers, fumant sa pipe. Il est impossible de l'en faire bouger. Il est sorti du puits qui est dans la cour. Montez, je vous prie, et venez le voir. » L'ayant assuré que je ne voyais personne, cela se peut, dit-il, c'est qu'alors votre conscience est pure. »

Presque tous les pélerins qui ont visité Médine affirment avoir vu une colonne de lumière qui s'élève de la tombe du prophète à une hauteur considérable. On l'aperçoit à plus de trois jours de marche. Elle disparaît quand on approche de la ville sainte.

Lorsque je voyagais en Egypte (1837), mon drogman, homme de beaucoup de sens, qui, par de longues relations avec les Européens (il avait été l'un des drogmans de Champollion), avait acquis des connaissances peu communes parmi les Arabes et même chez bon nombre d'Européens, le *reis* ou capitaine de la barque sur laquelle je remontais le Nil, quelques matelots que je savais être des mangeurs de *hachich*, m'ont dit avoir eu plusieurs fois la visité des *genies*.

Le reis l'a vu deux fois sous la forme d'un mouton. Un soir, se rendant à sa demeure, il rencontra un mouton égaré et qui hèlait très-fort. Il l'emène avec lui, le tond pour en avoir la laine, qui était d'une longueur peu commune, puis se met en devoir de l'égorger afin de s'en nourrir lui et sa famille. Tout-à-coup le mouton se transforme en un homme noir de plus de vingt pieds de haut. Cet homme lui cria d'une voix de tonnerre : pourquoi m'as-tu-pris la laine, ne vois-tu pas que je suis un *génie* ?... Puis il disparut.

L'un de mes matelots, nommé Mansour, homme d'une cinquantaine d'années, et qui en était à son quinzième ou vingtième voyage avec des Européens, me disait avoir vu le *génie* sous les traits d'une jeune fille. Il revenait un soir de faire des commissions pour ses maîtres. Il rencontra sur les bords du Nil, près de *Ghysè*, une petite fille de huit ou dix ans qui pleurait. Elle disait avoir perdu son chemin. Mansour, touché de compassion, lui offre de la ramener à la ville pour y coucher; le lendemain matin il la reconduisit chez ses parents. Il la place en croupe sur son âne et prend le chemin du village. A l'entrée d'un bois de palmiers, il est surpris d'entendre pousser des soupirs derrière lui. La petite fille était descendue. Ses jambes avaient une longueur prodigieuse et ressemblaient à d'affreux serpens qui s'agitaient dans le sable. Ses bras étaient plus hauts que les palmiers, sa figure allongée et noire comme du charbon ; sa bouche énorme, armée de dents de crocodile, vomissait des flammes jaunes et bleues.... Mansour, saisi de terreur, tombe la face contre terre, passe la nuit dans cette position. Le lendemain il se traîne à peine chez lui et fait une maladie qui dure près de deux mois.

Mon drogman, traversant un soir les amas de décombres qui entourent le Caire, aperçut un gros âne qui se tenait immobile, le cou penché en avant. Il s'en approche. L'âne prend aussitôt la fuite, gravit la montagne avec la rapidité d'un trait en s'écriant : Tu veux me prendre et je suis le génie; puis il faisait de bruyants éclats de rire.

Le peuple d'Egypte croit que les tombeaux anciens, l'obscur sanctuaire des temples, sont habités par des *effries*.

La plupart des Arabes attribuent la construction des pyramides aux *génies*, persuadés que jamais les hommes n'auraient pu élever de pareils monuments.

En 1831, mon drohman conduisait deux voyageurs aux piramides. La nuit les surprit; il faillut y coucher. Kalil (c'était le nom de mon drogman) coucha seul dans la chambre antérieure, à l'entrée du corridor souterrain. Vers le milieu de la nuit, n'étant pas encore endormi, il croit entendre quelque chose remuer à côté du lui ; il étend la main et sent des membres velus semblables à des pattes de tigre ou de lion. De sourds mugissements viennent accroître sa terreur. Persuadé qu'il est entouré d'*effries*, il se tient immobile, se permettant à peine de respirer, et attend ainsi l'arrivée du jour ; il s'élance alors hors de la pyramide, qui lui paraissait chanceler et près de s'écrouler. Il raconte ce qui lui est arrivé aux voyageurs. Ceux-ci s'efforcent de la ressurer, et, pour y parvenir plus sûrement, lui font avaler, d'un seul trait, un grand verre de cognac.

Kalil avait assisté aux funérailles de deux *sentous*. Il avait vu et vu très-clairement, et avec lui, ainsi qu'il le disait, les quelques mille individus présents à la cérémonie, la bière du défunt sélever dans les airs et aller se poser sur le sommet du Mokatam, montagne voisine du Caire, dans le mausolée destiné à la recevoir.

Ces histoires merveilleuses et une foule d'autres semblables m'étaient racontées avec toute la bonne foi, tout le sérieux d'une intime conviction. En vain, par le raisonnement ou la plaisanterie j'essayais d'éclairer ceux qui me les rapportaient; personne ne m'écoutait.

Les individus dont je viens de parler, que je connaissais bien, puisqu'ils ont passé plus de trois mois à mon service, jouissaient certainement de toute leur raison. Cependant ils étaient complètement dupes d'illusions qui, pour naître dans leur cerveau modifié par l'influence du *hachich*, semblaient n'attendre qu'une occasion souvent fort insignifiante. Ce sont là, assurément, des anomalies fort remarquables. Il serait impossible de citer des exemples de modifications intellectuelles plus dégagées de la matière, qui semblent plus indépendantes de l'organisme, plus essentiellement *dynamiques*, en un mot. Et pourtant l'origine n'en est pas douteuse; elle est bien matérielle, elle est bien organique, elle est le résultat phénoménal d'une substance toxique sur le système nerveux. Que l'on cesse donc de croire à de prétendues maladies de l'âme, par cette raison que les lésions

d'organes dont elles dépendent ne peuvent être vues. Une pareille raison heurte toutes les lois de l'induction et d'une saine physiologie.

Nous pensons avoir établi, d'une manière assez péremptoire, par des fait nombreux, évidents, que dans la folie en général les troubles de l'organisme étaient sensibles et faciles à constater dans l'immense majorité des cas, et que si par exception on ne pouvait pas en dire autant de quelques cas rares et isolés, on n'était pas moins forcé de les admettre et d'agir en conséquence en matière de traitement, à moins de répudier toute logique et tout sens commun.

Nous avons vu que le phénomène d'hallucination en particulier, dans sa manifestation, se rattachait à des conditions matérielles spontanées ou créées par des agents toxiques.

Quant à leur traitement, la ligne de conduite est toute tracée, et il résulte de ce qui précède que c'est aux moyens physiques, absolument comme dans la thérapeuthique ordinaire, que nous devons principalement recourir. Il n'est pas possible de sortir de là. Sans une modification réelle, profonde, qui porte sur l'organe lésé et non sur ses produits, modification directe et non de réaction fonctionnelle, il n'est pas possible de le placer dans l'état normal dont il est sorti. Je ne connais point de guérison sérieuse et non simulée (car en médecine mentale les guérisons apparentes et feintes sont communes, et plus d'un s'y est laissé prendre). Je ne connais point de fait, dans la science, de fait bien authentique incontestable qui prouve le contraire.

(*La suite à un prochain n°.*)

(*Ibid m.*, n° 41.)

---

89. *De la saignée dans la manie;* par le docteur Browne, sur- intendant de l'Asile des aliénés de Chrichton.

L'auteur se plaint qu'en Angleterre les médecins qui sont appelés pour donner les premiers soins aux aliénés, au début de leur maladie, font sur eux un usage immodéré et fort nuisible de la saignée, et que les malades ne sont dirigés sur les asiles qu'après que le médecin a épuisé tous les moyens à sa disposition ; aussi, dit-il, rien n'est plus rare qu'un cas de folie aiguë et récente dans les hôpitaux d'aliénés. Mais qu'arrive-t-il de cette circonstance? C'est que, lorsqu'un médecin, même éminent, mais étranger au traitement suivi dans les asiles d'aliénés, est appelé pour un cas récent de manie, il ordonne l'application de la méthode évacuante (*general depletion*) dans toute son extension, la saignée générale, le tartre émétique à doses élevées, les cathartiques actifs et les applications froides sur la tête rasée. Si les symptômes, et spécialement la violence et la rapidité du pouls continuent ou reviennent avec la même force, on saignera probablement le malade au bras, ou on ne manquera pas de lui faire une forte application de sangsues ou de ventouses; puis, après avoir employé ces moyens actifs pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, on songera à un asile comme dernière ressource. Quand l'aliéné arrive dans l'établissement, il trouve alors un tout autre traitement, mais qui ne peut réparer le mal qu'a fait le premier; car presque tous les hommes de valeur qui sont à la tête des grands établissements d'aliénés sont d'accord pour repousser l'emploi indiscret de la lancette, bien qu'ils ne l'aient pas encore condamné d'une manière suffisamment nette et positive.

La saignée est un moyen d'un facile emploi, et qui procure l'effet que l'on en attend, une tranquillité momentanée ; elle fait disparaître ce symptôme si redoutable, la fièvre et la violence. Que faire, d'ailleurs, si on ne saigne pas? Les parents ne sont-ils pas là qui réclament un traitement actif et imposant? Aussi n'est-il pas facile de trouver un aliené qui n'ait une ou plusieurs cicatrices sur les bras. Si cette pratique était bornée au cas où le pouls très-développé et le délire féroce semblent indiquer une inflammation du cerveau, il y aurait au moins une excuse apparente ; mais on l'emploie dans la mélancolie, la monomanie, la manie, etc., indistinctement ; pour la plus légère marque d'excentricité, comme pour le délire le plus furieux, la lancette semble être le meilleur moyen.

L'auteur attribue à la saignée générale dans la manie les inconvénients suivants : 1° elle retarde notablement la guérison. Il affirme que les cas où la saignée du bras a été employée sont moins faciles à traiter, résistent opiniâtrément aux autres moyens et ont une durée plus longue que ceux dans lesquels on a suivi une autre méthode. Il a relevé le tableau de 12 cas, pour lesquels il a été appelé cette année, qui ont été, autant qu'on peut l'attendre, dans les mêmes conditions, et dont six avaient été saignés, tandis que les six autres ne l'avaient point été. Les six derniers ont tous guéri ; sur les six premiers, trois étaient guéris et les trois autres restaient en traitement. Voici la durée de ces 12 cas :

Non saignés.		Saignés.	
A....	2 1/2 mois.	B....	4 mois.
D....	6 1/2	M....	8
L....	4	R....	16
W...	6	H....	5 1/2
W...	2	N....	14 1/2
P....	3 1/2	D....	20
	24 1/2		68

2° La saignée dispose à la démence. Cet accident serait plus fréquent, d'après M. Brown, dans les cas où la saignée a été employée que dans ceux où l'on s'est abstenu de la faire ; et il cite à l'appui d'abord son expérience personnelle, puis les cas où la démence se développe à la suite d'abondantes pertes ou hémorrhagies.

3° La saignée détermine quelquefois des accidents funestes. L'auteur l'a vu déterminer des convulsions qui se terminaient par la mort. A cette évacuation succède souvent une faiblesse si consi-

dérable que, malgré les moyens qu'on peut lui opposer, le malade finit pour mourir épuisé ou entraîné par quelque affection aiguë. Les cas de ce genre sont très-fréquents dans la pratique.

4° Dans le plus grand nombre des cas admis dans les asiles, on est obligé d'avoir recours à un régime nourrissant et généreux, ce qui n'empêche pas le chiffre des aliénés désignés sur les tableaux de mortalité comme morts « d'épuisement » d'être encore très-considérable. Dans un asile de Londres, où la saignée et les vomitifs sont employés sur une grande échelle, on a remarqué que l'apoplexie était fréquente chez les sujets auxquels on a administré les vomitifs après la saignée. Sur 200 saignées pratiquées en peu de temps, 5 seulement ont offert une couenne. La force et la fréquence du pouls, sur lesquelles on s'appuie pour justifier cette pratique, forment un symptôme très-décevant, car elles sont plus souvent le résultat d'une perturbation morale et des efforts auxquels se livre le malade que d'un état sthénique du cerveau ou de tout autre organe. La rapidité avec laquelle tombe le pouls lorsqu'on force le malade à rester en repos prouve suffisamment l'exactitude de cette observation.

5° L'ouverture de la saignée fournit souvent beaucoup plus de sang qu'on n'en veut retirer, à cause de la difficulté de fermer la veine et d'empêcher qu'elle se rouvre pendant les paroxismes de violence et de fureur. L'auteur rapporte trois exemples de ce genre qu'il dit avoir observés tout récemment; nous citerons le suivant : Un médecin est saigné abondamment pour un délire survenu à la suite d'une chute de cheval ; pendant la nuit, il voulut s'habiller, la veine s'ouvrit de nouveau et il saigna jusqu'à la syncope, qui fut promptement suivie de convulsions et de mort.

L'auteur ne nie pas cependant qu'il n'y ait des cas où la saignée est indiquée, et, après avoir rapporté l'opinion du docteur Prichard, qui pense que la saignée ne doit être employée que dans deux conditions, lorsque les symptômes se rapprochent de ceux de l'encéphalite, et quand le sujet est pléthorique, il avoue que dans une longue et vaste pratique, il n'a pas vu un seul cas où la saignée locale ne fût infiniment préférable à celle du bras. Depuis peu de temps, il a eu dans son service 120 cas d'aliénation, dans aucun desquels il n'a jugé la saignée générale nécessaire, employant exclusivement les saignées locales. Il termine par une conclusion qui, bien que moins pressante pour les médecins de ce côté-ci du détroit, qui en général sont loin de porter dans leur pratique toute la hardisse des médecins anglais, nous semble pourtant, dans l'état actuel des choses, d'une utilité incontestable pour tous les pays ; c'est que les aliénés doivent être conduits le plus tôt possible dans les asiles où l'on peut obtenir leur tranquillité à un prix moins ruineux pour leur santé, et où il y a au moins quelques chances pour que le traitement soit suivi sans interruption et les résultats exactement appréciés.

(*Edenburgh Journ. of med. Sciences.*)

VIII. MALADIES SYPHILITIQUES.

90. *Revue de la clinique des maladies vénériennes, années* 1838 et 1839, par Ch. Schutzenberger.

Blennorrhagie chez l'homme.

Symptomatologie.

Quarante hommes atteints de blennorrhagie urétrale ont été traités à la clinique pendant les semestres d'hiver des années 1838 et 1839.

Nos observations ne présentent rien de particulier sous le rapport des symptômes de l'urétrite : aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Une question plus intéressante est celle de la durée des différentes périodes de la blennorrhagie urétrale, durée qui ne peut être déterminée d'une manière précise que par des chiffres. Sans prétendre fixer ce point de la science par le relevé de nos observations, peut-être trop peu nombreuses, nous croyons néanmoins utile d'indiquer les résultats auxquels nous sommes arrivés.

Tout le monde sait que la blennorrhagie, comme beaucoup d'autres maladies contagieuses, ne se manifeste, en général qu'après un temps plus ou moins long à dater du moment où le principe contagieux a été mis en contact avec nos tissus. La durée de cette période, dite d'incubation, est diversement indiquée par les auteurs ; car tandis que les uns, M. Gibert, par exemple, fixent l'époque ordinaire de l'invasion du troisième au cinquième jour, d'autres la limitent à plusieurs septenaires, et pensent que le principe contagieux peut même ne manifester ses effets qu'au bout d'un mois.

Sur trente et un cas où l'époque de l'invasion de l'urétrite a pu être notée d'une manière précise, les premiers phénomènes se sont développés huit fois du premier au troisième jour, vingt fois du quatrième au huitième, enfin chez trois malades quinze jours seulement après un coït suspect.

La période d'incubation n'a donc pas de limites fixes, mais sa durée *ordinaire* paraît être de quatre à huit jours. Sans doute l'invasion peut être plus rapide ou plus lente ; mais nous pensons que le praticien se trompera rarement en prenant sur lui de rassurer complétement des personnes qui viennent lui faire part de leurs inquiétudes, quand quinze jours déjà sont écoulés depuis le moment du coït suspect, sans qu'aucun des phénomènes prodromaux de l'urétrite ne se soit manifesté. Le dé-

veloppement de la blennorrhagie un mois seulement après l'infection est tellement rare, que nous n'avons jamais eu occasion de l'observer ni dans le service de la clinique, ni dans notre pratique particulière, et il nous paraît probable que les faits sur lesquels repose cette opinion ont été admis sans contrôle suffisant.

Chez tous les malades que nous avons eu occasion d'observer à la clinique, l'invasion de la blennorrhagie a été suivie de phénomènes inflammatoires prononcés; les plus caractéristiques sont la sensation de brûlure lors de l'émission de l'urine, les érections douloureuses, la rougeur et le gonflement du pourtour de l'orifice du canal, et la sécrétion du muco-pus épais et verdâtre.

Pour juger de la valeur des médications employées dès le début de la blennorrhagie, il est important de connaître la durée ordinaire de cette période inflammatoire, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, ou traitée par les simples émollients.

Voici ce que l'observation clinique nous a appris à cet égard :

D'après la relevé de vingt-deux cas de blennorrhagie urétrale, dans lesquels la durée de la période inflammatoire a été notée, nous trouvons que seize fois les phénomènes d'irritation ont cédé du quinzième au vingtième jour, cinq fois ils ont duré au delà d'un mois, et dans un cas seulement ils se sont dissipés spontanément avant le dixième jour. La durée ordinaire de la période inflammatoire peut donc être fixée à deux ou trois septenaires. Nous verrons plus loin si par une médication active, employée dès le début, il est donné au praticiens d'abréger de beaucoup cette période douloureuse.

La durée des écoulements blennorrhoïques indolents présente moins de fixité encore; nous avons observé plusieurs malades chez lesquels cette affection s'est prolongée pendant des mois, et qui sont sortis de l'hôpital sans être guéris ; la plupart ont été débarrassés de leur mal par des traitements actifs. C'est assez dire que nous n'avons pas recueilli de données suffisantes pour fixer nos idées sur la durée des blennorrhagies abandonnées à elles-mêmes. Tout ce que nous pouvons dire, d'après nos observations cliniques, c'est que le moindre inconvénient de la blennorrhagie est de présenter une durée plus longue qu'on ne le pense généralement, et que dans les cas ordinaires la maladie se prolonge au delà de deux mois. C'est là ce qui a eu lieu ving-neuf fois sur quarante.

Deux fois, dans le service de la clinique, nous avons observé ces récrudescences de la période inflammatoire, qui ont fait donner à certaines blennorrhagies le nom de *chaudes-pisses à répétition*. Delpech pensait que dans ces cas le retour des phénomènes d'irritation annonçait une nouvelle infection d'une portion plus profonde du canal de l'urètre par le pus contagieux sécrété par la partie primitivement affectée. Il nous a été impossible de verifier ce fait intéressant ; dans les deux cas observés, la douleur n'avait pas changé de place lors de la période d'irritation.

Complication de la blennorrhagie.

Vingt-trois fois sur quarante, l'urétrite s'est présentée à l'état simple. Parmi les complications, l'orchite est celle que nous avons le plus souvent observée ; huit de nos malades en ont été affectés. Si l'on voulait établir sur ce chiffre la fréquence proportionnelle de cette complication fâcheuse, on serait inévitablement conduit à l'erreur. Ces inflammations ne se sont en effet pas développées chez nos malades alors qu'ils étaient déjà à l'hôpital, mais plus ou moins longtemps avant leur entrée. Or, l'orchite est une complication douloureuse et grave qui détermine la plupart des malades qu'elle atteint à venir réclamer des secours, tandis que la plupart des individus atteints de blennorrhagie simple se soignent en ville. La proportion de un sur cinq à peu près, que donne notre chiffre, est donc évidemment trop forte. Quoi qu'il en soit, l'orchite est une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie, c'est là une vérité depuis longtemps reconnue et sanctionnée par l'observation des siècles.

Un fait intéressant qui ressort de notre relevé, c'est que l'inflammation de l'organe spermatique ne se développe guère qu'après une durée assez longue de la blennorrhagie urétrale. Chez trois malades cette complication est survenue après la cinquième semaine, chez un autre après la huitième semaine, chez un cinquième après six mois seulement, chez un sixième malade après quinze jours, chez le septième, le cinquième jour de l'écoulement. Mais il est à noter que dans les deux derniers cas où l'invasion de l'orchite a suivi de près celle de l'urétrite, des violences extérieures ont provoqué l'affection du testicule, tandis que chez quatre des autres malades le développement de l'orchite n'avait été précédé d'aucune cause appréciable ; chez un seul l'administration du baume de copahu a été signalée par le malade comme cause occasionnelle.

Ces chiffres raisonnés confirment l'observation déjà faite par M. Ricord, à savoir, que l'orchite se développe de préférence à la fin de la seconde ou dans la troisième période de l'urétrite. Le praticien distingué que nous venons de nommer a tiré de ce fait une conséquence pratique d'une haute importance : c'est que les methodes curatives, propres à juguler la blennorrhagie dans les premiers jours de son développement, mettent aussi le plus sûrement à l'abri de la complication fâcheuse dont il est question. Cette conséquence est diamétralement opposée à l'opinion d'un grand nombre de praticiens, qui prétendent, contre Delpech et les fauteurs de la méthode abortive, que l'orchite est au contraire une suite fréquente du traitement jugulant. Nous verrons plus tard que dans aucun des cas où cette méthode a été employée par nous, cet accident n'est survenu, et depuis nous avons été maintes fois dans le cas de confirmer ce fait d'observation.

L'écoulement urétral ne s'est supprimé complétement, lors du développement de l'orchite, dans aucun des cas dont nous avons recueilli les observations ; il est donc difficile d'invoquer la théorie de la métastase pour se rendre compte de l'invasion

de l'affection du testicule ; elle s'explique plus naturellement, à notre avis, par la sympathie étroite qui unit le canal de l'urètre et les organes sécréteurs du sperme. On a signalé également comme cause de l'épididymite l'extension de l'inflammation urétrale de proche en proche au canal éjaculateur, à la vésicule séminale, au canal déférent, enfin à l'épididyme. Que les choses puissent se passer de cette manière, cela est incontestable, comme l'a prouvé M. Ricord par une pièce d'anatomie pathologique présentée à l'académie. Mais ce mode d'invasion est au moins très-rare, et pour notre compte nous ne l'avons jamais vu.

Dans tous les cas que nous avons eu occasion d'observer, l'épididyme était la partie principalement affectée. Trois fois cet organe était seul malade, trois fois l'inflammation s'était étendue au corps du testicule lui-même ; mais la dureté du testicule a toujours été moins marquée que celle de l'épididyme, et toujours aussi la résolution a été plus lente à s'opérer dans ce dernier ; enfin, dans les cas où nous avons pu suivre le développement de la maladie, l'épididyme a été aussi le premier affecté. Dans un cas, l'épididyme, le cordon spermatique et le corps du testicule ont été successivement envahis par l'inflammation.

Le siége, la forme, l'aspect de la tumeur inflammatoire, sa marche, la cause qui lui donne naissance, les phénomènes concommittants, tout établit une différence tranchée et fondamentale entre l'épididymite blennorrhagique et le testicule vénérien ou l'orchite syphilitique. Symptôme de vérole constitutionnelle, le sarcocèle syphilitique affecte de préférence le corps du testicule ; la tumeur est puriforme, dure, lourde, les douleurs peu vives ou nulles, la marche de l'affection essentiellement chronique ; elle n'est pas occasionnée par la blennorrhagie, mais se manifeste chez des individus qui ont eu des chancres, et le plus souvent elle est accompagnée de syphilide ou d'autres symptômes de syphilis générale. J'ai cru devoir signaler en passant les caractères différentiels de ces deux maladies, car on les confond souvent dans la pratique, même parfois dans les ouvrages *ex-professo*, et cependant l'épididymite n'est qu'un accident, une complication de la blennorrhagie, qui n'a rien, absolument rien, de commun avec la vérole constitutionnelle.

Nous n'avons pas constaté d'une manière positive l'épanchement dans la tunique vaginale, signalé par quelques auteurs comme une lésion concomitante très-fréquente de l'épididymite. Nous avons bien perçu dans trois cas une sensation de fluctuation obscure dans la tumeur, mais nous n'avons pas cru devoir pratiquer de ponction. Nous avons néanmoins eu occasion d'observer une véritable hydrocèle, survenue pendant l'existence d'une blennorrhée, à la suite de l'action de sauter dans l'eau pour prendre un bain froid, mais nous ignorons si, au début, l'épanchement de la tunique vaginale était accompagné d'engorgement de l'épididyme.

Quatre fois l'épididymite avait son siége à gauche, trois fois à droite. Cette proportion, fournie par un petit nombre de faits, semblerait faire croire que la disposition à s'enflammer est à peu près égale des deux côtés, mais des observations plus nombreuses démontrent que le côté gauche est plus souvent atteint que le côté droit.

Parmi les autres complications de l'urétrite blennorrhagique, nous avons observé deux cas de phimosis inflammatoire avec ulcération superficielle de prépuce, et un cas de phimosis œdemateux. Ces épiphénomènes furent combattus avec succès par des fomentations résolutives. Trois de nos blennorrhagiques eurent en même temps des chancres, dont un avec paraphimosis et cystite grave ; cette dernière complication céda à l'emploi des émissions sanguines locales et des bains. Chez un autre sujet, arrivé à la cinquième semaine d'une blennorrhagie peu intense, il survint un abcès au périnée ; il fut ouvert par l'instrument tranchant et se cicatrisa en peu de temps ; un autre eut vers la troisième semaine un engorgement inflammatoire situé au côté du canal de l'urètre vers le tiers antérieur de la verge ; des applications émollientes suffirent pour en obtenir la résolution. Nous n'avons observé qu'une fois le développement d'un bubon inflammatoire, qui passa en suppuration chez un sujet atteint de blennorrhagie simple ; l'inoculation pratiquée chez ce malade par trois piqûres à la cuisse avec le pus blennorrhoïque, ne produisit rien. Enfin, chez un malade, une arthrite grave vint compliquer l'urètre. Dans quel rapport la blennorrhagie se trouve-t-elle avec le développement de l'inflammation articulaire ? C'est ce qu'il nous est impossible de déterminer ; seulement nous croyons devoir rendre attentif à ce fait, car il n'est pas isolé ; nous avons eu occasion d'observer depuis la même complication chez un malade traité à la clinique interne, et l'on sait que Swediaur, Lagneau et d'autres ont placé dogmatiquement l'inflammation articulaire au nombre des accidents de la blennorrhagie.

Lagneau considère l'arthrite, qui survient dans de pareilles circonstances, comme l'effet d'une *métastase*, et M. Gibert rapporte, dans son *Manuel des maladies vénériennes* une observation du docteur Yvan, destinée à démontrer la réalité de ces sortes de métastases.

Il sera toujours difficile d'établir d'une manière positive le rapport de la blennorrhagie avec l'arthrite, car l'inflammation articulaire est une complication rare, puisque Swediaur, dans sa longue pratique, n'en a observé que six à huit cas. Comment, dès lors, démontrer qu'il n'y a pas dans ces cas *simple coïncidence?* Puis à la métastase, que répondre à ceux qui vous disent que d'abord la suppression de l'écoulement n'est pas constante (dans les cas observés par nous, la sécrétion urétrale s'était maintenue), et que dans le cas où elle a lieu, la diminution de l'inflammation urétrale s'explique très-bien par la loi de la révulsion ?

Nous inclinons franchement vers cette dernière manière de voir, et nous pensons, jusqu'à preuve du contraire, qu'il n'y a pas de rapport étiologique démontré entre l'arthrite et la blennorrhagie.

Traitement de la blennorrhagie.

De tous les médicaments employés pour combattre la blennorrhagie urétrale, le plus répandu est

sans contredit le baume de copahu. Tout le monde accorde à cette substance une confiance méritée quand il s'agit de tarir des écoulements chroniques ; mais les praticiens sont loin d'être d'accord sur la question de savoir à quelle période de l'urétrite aiguë ce médicament peut être administré avec avantage et sans inconvénient. Les uns, ce sont peut-être encore les plus nombreux, considèrent la suppression brusque des écoulements urétraux à leur début comme une pratique entourée de dangers ; on cite surtout l'exaspération de l'inflammation dans les cas d'insuccès, l'épididymite, l'ophthalmie blennorrhagique, la cystite, la prostatite dans ceux où l'on parvient à arrêter l'écoulement urétral. D'un autre côté, l'emploi d'un médicamment irritant serait directement contre-indiqué par les phénomènes inflammatoires prononcés qui caractérisent la blennorrhagie confirmée. Ils réservent donc l'emploi du copahu pour la troisième période de l'urétrite aiguë, et conseillent de ne l'administrer que lorsque les douleurs de l'émission des urines et des érections ont cessé, et que l'écoulement lui-même est devenu moins opaque et plus séreux.

Une opinion diamétralement opposée et professée par Ansiaux, Ribes, Delpech, Ricord, etc., nie les inconvénients de la suppression brusque des écoulements blennorrhagiques, et reconnaît un avantage immense à une méthode thérapeutique qui débarrasse promptement les malades d'une affection longue et douloureuse, dont les dangers augmentent en raison directe de sa durée. Il est vrai de dire néanmoins que tout en admettant l'innocuité et les avantages d'un traitement jugulant, employé avant le développement des accidents inflammatoires, beaucoup de praticiens, M. Ricord entre autres, pensent que la méthode antiphlogistique expectante est seule indiquée, tant que les phénomènes d'irritation, une fois développés, sont intenses.

Nous n'avons nullement la prétention de trancher ici des questions pratiques d'une importance aussi majeure ; mais nous croyons utile d'apporter le tribut de nos observations cliniques, car la solution définitive des problèmes de pratique médicale n'est possible qu'à l'aide de faits nombreux et bien observés.

Vingt-huit malades sur quarante ont pris du baume de copahu à l'intérieur dans le but d'arrêter des écoulements blennorrhagiques.

Huit d'entre eux ont été soumis à la méthode jugulante du quatrième au quatorzième jour de leur affection. Le plus souvent, c'est-à-dire, sept fois sur huit, l'administration du copahu a été immédiatement précédée de l'application de vingt-cinq sangsues au périnée. Le baume a été donné sous forme liquide, par gouttes ou en potion, à la dose de dix à quinze grammes par jour, en deux fois.

Nous allons rapporter les observations de ces huit malades, car, pour juger une question de pratique, il importe de connaître les circonstances principales dans lesquelles une médication a été employée.

Obs. I.—Le nommé Haug, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, fut atteint le 12 février 1838, deux jours après un coït suspect, d'un écoulement blanc séreux, qui devint plus abondant et jaunâtre le lendemain, où quelques légères douleurs se manifestèrent lors de l'émission des urines.

Le 16 février il entra à la clinique ; l'écoulement était assez abondant, jaune opaque ; le malade ressentait des douleurs assez vives en urinant et des érections nocturnes douloureuses avaient eu lieu la première fois la veille de son entrée. Vingt-cinq sangsues furent aussitôt appliquées au périnée, et le lendemain 17 le malade prit 10 grammes de copahu en émulsion, en deux fois.

Le 18, les douleurs, en urinant, avaient diminué ; l'écoulement était le même ; la dose de copahu fut portée à 12 grammes, et produisit plusieurs selles liquides sans coliques.

Le 19, les douleurs étaient presque nulles, l'écoulement persistait : 15 grammes de copahu, plusieurs selles liquides.

Le 21, écoulement séreux et peu abondant, plus de douleurs ; même médication.

Le 23, plus d'écoulement, même médication.

Le 25, le malade quitte l'hôpital, ne voulant plus continuer une médication qui lui paraissait désormais inutile.

Sorti de l'hôpital, cet homme commit des excès en boisson, et sa blennorrhagie reparut au bout de six jours. Le 4 mars, il rentra à la clinique avec un écoulement abondant de mucosités puriformes, éprouvant de nouveau des douleurs vives en urinant ; vingt-cinq sangsues sont appliquées le jour même de sa rentrée, et le copahu, à la dose de 10, puis de 15 grammes, est de nouveau administré.

Le 12, c'est-à-dire, après huit jours de cette médication, l'écoulement, qui déjà avait diminué, cessa de nouveau et ne reparut plus ; le malade continua le copahu jusqu'au 17, et le 18 il sortit de l'hôpital.

Cette observation démontre d'une manière évidente l'action de cette médication, puisque deux fois la blennorrhagie a été arrêtée en peu de jours.

Si la maladie a néanmoins duré près d'un mois, c'est qu'il y a eu rechute, ce qui doit être attribué, 1° à ce que, contre la règle, le médicament n'a pas été continué assez longtemps ; 2° aux excès qui favorisèrent la reproduction du mal. Il est à noter que si la durée totale de l'affection a été de près d'un mois, la période douloureuse a été presque entièrement supprimée. Ce fait peut donc être compté comme favorable à la méthode abortive.

Obs. II.—Le nommé Henri Balbach, âgé de vingt et un ans, constitution robuste, était arrivé au douzième jour d'une blennorrhagie lors de son entrée à l'hôpital, le 7 mars 1838. Peu de rougeur au pourtour de l'orifice urétral, écoulement abondant de muco-pus épais, verdâtre, ni douleurs en urinant ni érections douloureuses ; vingt-cinq sangsues au périnée. Le lendemain le malade prend 10 grammes de baume de copahu, et continue cette médication portée à la dose de 15 grammes.

Le 14, écoulement moins abondant, séreux.

Le 19, la sécrétion urétrale était tarie, mais elle reparut le 21 pour cesser définitivement le 25. Six jours après, le malade, qui avait continué jusque-là sa médication, sortit de l'hôpital complétement guéri.

Dans ce cas encore la durée de la maladie a été

évidemment abrégée. Quoique l'affection fût arrivée au douzième jour, le copahu n'a pas moins bien réussi ; il est vrai que les phénomènes inflammatoires étaient peu prononcés, mais l'existence de la sécrétion puriforme indique suffisamment que l'urétrite était déjà arrivée à sa seconde période.

Obs. III.—Joseph Leber, âgé de vingt ans, était au neuvième jour d'une blennorrhagie. L'orifice du canal était légèrement rouge, l'écoulement formé par un muco-pus jaune, épais, abondant ; une sensation de brûlure vive existait lors de l'émission des urines, et les érections nocturnes étaient fréquentes et douloureuses. Vingt-cinq sangsues sont appliquées au périnée le jour même de l'entrée du malade, le 27 mars.

Dès le 29, l'écoulement était tari ; les douleurs, loin de s'exaspérer, avaient disparu avec l'écoulement.

Obs. IV et V. — Dans nos quatrième et cinquième observations, le copahu fut administré dans des circonstances tout aussi défavorables à deux individus atteints de blennorrhagies aiguës, entées sur des écoulements chroniques ; tous deux avaient des symptômes inflammatoires prononcés, et chez tous deux l'écoulement céda, aussi bien que les douleurs, à l'administration du baume de copahu.

Nous n'avons cependant pas toujours été aussi heureux, comme le démontre l'observation suivante :

Obs. VI. — Notre sixième malade, âgé de vingt-trois ans, entra à l'hôpital le septième jour d'une blennorrhagie ; les phénomènes inflammatoires étaient déjà assez prononcés, les érections douloureuses, l'écoulement de mucosités puriformes et verdâtres peu abondant, les douleurs en urinant peu intenses, le gland un peu gonflé.

Application de vingt-cinq sangsues le 14 mars, jour de l'entrée.

Le 15 mars, 15 grammes de copahu qui produisent vingt selles et des vertiges.

Le 16, douleurs plus vives lors de l'émission des urines, érection plus fréquente et plus douloureuse, écoulement peu considérable qui redevient plus abondant les jours suivants.

Le baume de copahu est suspendu après quelques jours, mais la période inflammatoire ne se prolonge pas moins pendant près d'un mois, malgré l'emploi de la diète et des bains prolongés.

Cette observation démontre que l'administration du copahu, alors que les phénomènes inflammatoires sont déjà évidents, non-seulement ne réussit pas toujours, mais peut encore exaspérer l'urétrite. Il est probable, en effet, que chez ce malade la longue durée de la période inflammatoire est due à l'emploi du copahu.

Nos deux dernières observations de cette catégorie portent sur deux sujets, dont l'un était arrivé au sixième, l'autre au huitième jour d'une blennorrhagie.

Chez tous deux, le baume de copahu, employé d'après la méthode jugulante, enraya le développement de la période inflammatoire, mais ne parvint pas à tarir l'écoulement, qui ne fut définitivement supprimé que par des injections avec le sulfate de zinc.

Si maintenant nous résumons ces huit faits, il nous semble incontestable,

1° Que la méthode dite abortive peut abréger la durée de la maladie dans certains cas, qui, dans nos observations, sont les plus nombreux ;

1° Que dans les cas où les phénomènes d'irritation ne sont pas encore prononcés, leur développement est enrayé ;

3° Que ces phénomènes peuvent même disparaître lorsque déjà ils existent, mais que dans ces cas le succès n'est pas constant, et que la phlegmasie urétrale peut être augmentée et prolongée par cette méthode ;

4° Que les métastases, dangereuses à la suite de suppression brusque de la blennorrhagie, doivent être au moins très-rares.

Nous n'avons jamais rien observé qui justifiât les craintes de quelques praticiens à cet égard, ni dans le service de la clinique, ni dans notre pratique particulière.

En somme, nous pensons que la méthode jugulante peut et doit être tentée au début de la blennorrhagie ; que cette méthode n'est pas formellement contre-indiquée par le développement des accidents inflammatoires, mais que dans ce cas le succès est plus douteux, et les chances d'aggraver le mal sont plus grandes.

Dix de nos vingt-huit malades, traités par le baume de copahu, ont pris ce médicament vers la fin de la deuxième période et avant la cessation complète des phénomènes inflammatoires ; chez tous l'écoulement était encore abondant, jaune verdâtre, opaque, et les douleurs, quoique mitigées, n'avaient pas tout à fait cédé à l'emploi des émollients.

Trois fois sur six, le copahu fut administré dans ces circonstances avec un plein succès. Deux fois il n'amena qu'une diminution dans la sécrétion urétrale, qui ne céda définitivement qu'à l'emploi des injections d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc. Le dernier de nos malades quitta l'hôpital sans être guéri.

Dans quatorze cas enfin, le copahu fut administré dans le but d'arrêter des écoulements chroniques plus ou moins anciens. Huit de ces quatorze malades sortirent de l'hôpital guéris, après avoir pris le médicament pendant dix à dix-sept jours.

Dans six autres cas, le spécifique échoua, et chez deux d'entre eux le poivre cubèbe et les injections ne réussirent pas davantage ; la cautérisation superficielle du canal fut même pratiquée, sans succès, chez l'un des malades de cette catégorie. Trois autres furent débarrassés de leur écoulement, l'un par les injections avec une solution de 0,50 gr. d'iodure de fer sur 120 gr. d'eau, les deux autres à l'aide d'injections avec le sulfate de zinc. Un mamalade sortit sans employer d'autres médications.

Si nous résumons les observations des vingt malades traités par le copahu à la fin de la seconde et pendant la troisième période de la blennorrhagie, nous trouvons en somme que cette médication a réussi onze fois, c'est-à-dire, à peu près dans la moitié des cas. Les succès ne sont donc évidemment pas plus nombreux que lorsque le copahu est administré tout au début et dans les dix premiers jours

de l'urétrite, car on se rappelle que sur huit malades traités par la méthode jugulante, cinq furent guéris par le copahu seul, et que chez deux autres ce médicament diminua l'écoulement d'une manière notable. La conclusion à tirer de la comparaison de ces données, c'est que le copahu peut être administré avec un avantage à peu près égal à toutes les périodes de la blennorrhagie, les cas où les phénomènes inflammatoires sont très-intenses, exceptés.

Quant au monde d'action du baume de copahu, ses effets thérapeutiques ne sont pas suffisamment expliqués, à notre avis, par les phénomènes physiologiques qu'il produit. De tous les symptômes produits par le copahu, les plus constants sont ceux qui se manifestent du côté du tube digestif. Vingt-quatre fois sur vingt-huit nous avons observé des coliques ou de la diarrhée à la suite de l'emploi de cette substance, six fois des naussées, cinq fois des vomissements, dont un sanginolent, deux fois de la céphalalgie et des vertiges.

Deux de nos malades eurent une éruption roséoleuse, accompagnée de fièvre, et deux fois nous avons observé de l'hématurie peu intense. L'action constante du baume de copahu sur le tube digestif a fait penser que ce médicament agissait comme un révulsif puissant, mais cette explication paraîtra insuffisante si l'on songe que d'autres purgatifs n'exercent que peu l'influence sur la marche de l'urétrite. Il est même difficile de déterminer si l'irritation intestinale, produite par le copahu, *contribue* à la guérison de la blennorrhagie, car la diarrhée et les coliques sont un effet presque constant de l'administration de ce médicamment à doses élevées, et il s'en faut de beaucoup que tous ceux qui présentent ces phénomènes guérissent. Il nous paraît plus probable que le copahu, comme la térébenthine, exerce une action spécifique sur les muqueuses, surtout sur celle du système génito-urinaire, et que la révulsion est pour peu de chose dans son action thérapeutique. Un fait assez remarquable, c'est que dans les deux cas où le copahu produisit une éruption roséoleuse, il n'exerça aucune influence favorable sur la marche de la blennorrhagie. Cet insuccès du copahu, lorsqu'il produit l'effet indiqué, paraît assez constant, puisque d'autres observateurs l'ont déjà mentionne, et que nous avons été plusieurs fois à même de le verifier depuis.

Parmi les douze malades qui ne furent point soumis au traitement par le copahu, trois furent débarrassés d'écoulements chroniques par des injections astringentes. Chez cinq sujets atteints d'épididymite et chez deux autres affectés de chancres, l'écoulement urétral disparut spontanément pendant le traitement dirigé contre ces complications. Deux autres restèrent en traitement lors de la remise du service.

Il nous reste à dire quelques mots sur le traitement de nos malades atteints d'épididymite.

Deux de ces malades furent soumis au traitement par la compression au moyen de bandelettes, d'après la méthode de Fricke.

Chez l'un la compression, bien supportée les deux premiers jours, exerça une influence favoravorable sur l'engorgement inflammatoire de l'organe spermatique, dont le volume diminua d'une manière notable ; mais l'appareil s'étant relâché, on ne peut plus le réappliquer en raison de douleurs excessives que le malade éprouvait lors de ces tentatives. Chez le second malade, le cordon devint douloureux dès le second jour de l'application du bandage, ce qui nécessita la levée de l'appareil ; le volume de l'engorgement épididymique avait néanmoins diminué du tiers.

La compression ne nous a donc pas donné de résultat très-favorable, mais deux cas sont évidemment insuffisants pour juger une méthode thérapeutique qui paraît avoir réussi à d'autres observateurs.

Tous nos malades ont été guéris par des saignées locales, répétées, au moyen de sangsues appliquées sur le trajet du cordon, jointes aux applications émollientes, et suivies de frictions avec deux grammes d'onguent mercuriel par jour sur le scrotum, et de l'administration du calomel à l'intérieur. Le traitement a duré de douze à vingt et un jours ; la salivation a toujours été évitée par la suspension opportune de la médication dès le développement de douleurs aux gencives.

Dans un prochain numéro nous publierons le relevé clinique des blennorrhagies observées dans le service des femmes.

(*Gazette médicale de Strasbourg*, nos 19.)

---

91. *Traitement antiphlogistique de la syphilis ;* par le docteur B...y, de Londres.

Nous extrayons les passages suivants d'une lettre médicale sur Londres :

1.) M. Mayo suit à peu près la même marche que M. Ricord. Je ne vous parlerai pas en détail des idées professées par M. Mayo ; je vous dirai seulement qu'il n'est pas partisan du mercure dans la syphilis primitive. Il s'est assuré, par l'expérience, que les antiphlogistiques guérissent, en général, mieux que les mercuriaux ; et si ces derniers sont mis en usage, ils n'empêchent pas le mal de reparaître, s'il est de nature à repulluler. Dans une des dernières leçons, M. Mayo a discuté la question de savoir jusqu'à quelle époque on pouvait s'attendre à l'apparition de la *vérole secondaire*. Cette question ne pouvait être résolue que par des faits. Il résulte des nombreuses observations qu'il a citées, que l'époque la plus ordinaire est de deux à trois mois, à compter de la vérole primitive. Des exceptions cependant existent à cette règle. M. Mayo a vu des syphilis secondaires se déclarer trois mois après la contraction du chancre primitif ; il en a vu d'autres apparaître une année après. Un malade lui a assuré n'avoir contracté la syphilis primitive que quatre ans auparavant. D'après les observations de M. Mayo, la syphilis secondaire serait presque toujours moins grave en Portugal qu'en Angleterre ; la forme même de cette affection présente, selon lui, des caractères particuliers dans les différents climats. Ainsi, par exemple, à Dublin, elle ne se

montre généralement que sous la forme papuleuse, tandis qu'à Londres, elle s'offre le plus souvent sous la forme de lichen. Cette remarque est curieuse, et je regrette de ne pas avoir interrogé M. Ricord sur ce sujet, lorsque j'assistais à ses leçons, à l'hôpital des vénériens.

Une autre remarque propre à M. Mayo est relative à la nature des chancres; il ne pense pas que le chancre phadégénique soit de même nature que le chancre ordinaire bénin. Il trouve dans le premier des caractères essentiellement différents; le traitement doit en être par conséquent différent. C'est là, du reste, une opinion qu'Adams avait également soutenue. Je sais bien que les conditions particulières de la constitution du malade pourraient, à la rigueur, rendre raison de ces différences; cependant je ne vois pas que l'une de ces hypothèses serait moins soutenable que l'autre. Du reste, en pratique, on ne peut se refuser d'admettre une différence essentielle entre ces deux sortes de chancres.

2.) J'ai observé dernièrement plusieurs cas de chancres secondaires de la muqueuse nasale, que M. Hannay a traités avec un succès réellement remarquable à l'aide des seules sangsues appliquées fort souvent aux gencives de la mâchoire supérieure. La même méthode lui a réussi dans le lupus. Ce qui rend cette médication concluante dans les 5 ou 6 cas que j'ai suivis, c'est qu'aucun autre moyen, si ce n'est le régime adoucissant, n'a été employé pendant, avant ou après les applications de sangsues.

M. Hannay est tout à fait partisan des idées de Broussais, sans pourtant l'être à l'excès; aussi présumé-je que sa pratique rentre entièrement dans la manière de voir de Bouillaud.

Chez les malades atteints d'ulcérations vénériennes, dont je viens de parler, l'usage du mercure aurait été indispensable d'après les idées anciennes; je ne dis pas que le mercure n'aurait pas guéri ou mieux guéri que les antiphlogistiques, mais il n'en est pas moins vrai que cette dernière, employée avec persévérance, a donné d'excellents résultats. Peut-être n'y a-t-il au fond qu'une dispute de mots entre les *mercuromanes* et les *mercurophobes*, car M. Hannay pense que l'action de ce métal est au fond antiphlogistique. Si cela était, on conçoit qu'on pourrait sans inconvénient combiner les deux méthodes, et aider ainsi l'une par l'autre. Je suis, au reste, fermement convaincu que l'abus du mercure peut entraîner de très-graves inconvénients. Malheureusement on en avait que trop abusé, et si la chaleureuse parole des Broussais et des Bouillaud n'avait fait que réprimer cet abus, elle aurait déjà rendu un grand service. Il est prouvé par les innombrables pièces d'anatomie pathologique consignées dans nos musées, que le mercure, introduit dans l'économie, se révivifie, passe par la circulation dans le parenchyme des organes, et se cantonne en partie dans différentes cavités; là le mercure, redevenu globulaire, agit comme corps étrangers, enflamme chroniquement les tissus, les ulcères, les nécroses, etc. De là une foule de réactions graves, dont il est impossible de reconnaître raisonnablement une autre source,

(*Revue des Spécialités.*)

C. MONOGRAPHIES.

Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841.

L'irrégularité avec laquelle paraissent, ou nous parviennent souvent quelques-uns des journaux français que nous reproduisons, nous met de temps à autre au milieu d'une abondance excessive, après avoir souffert de disette, et quelque grande que soit notre bonne volonté, force nous est de passer sous silence des travaux que nos lecteurs ont intérêt à connaître.

Nous voulons régler notre arriéré. Nous grouperons à cet effet ce que nous avons omis dans chaque section particulière de notre journal ; nous analyserons en même temps ce que nous aurons trouvé d'instructif et d'intéressant dans la littérature médicale allemande, italienne, anglaise ou hollandaise. Nous signalerons tous les rapprochements qui nous paraîtront devoir être faits, et nous nous abstiendrons autant que possible de toute espèce de critique, adoptant la devise de Montaigne : *Je ne juge pas, je raconte.*

Une revue comme celle que nous entreprenons constituera, avec les travaux déjà publies dans notre journal, une histoire complète du mouvement de la science pendant les deux années qui viennent de s'écouler. (*Note du Rédacteur en chef.*)

Nous avons adopté, pour notre *Revue opthalmologique*, la classification de M. Stœber (*Manuel d'Oph.*). Nous avons donc divisé notre travail en quatre parties ; dans la première, nous nous occupons de ce qui a été écrit sur les maladies des organes lacrymaux; la seconde a trait aux affections de l'orbite ; la troisième à celles des paupières ; dans la quatrième nous passerons en revue les notions nouvelles acquises à la connaissance des maladies du globe. Nous avons fait deux chapitres supplémentaires, l'un pour la myotomie oculaire, l'autre pour la matière médicale ophthalmologique.

§ I. Maladies des organes lacrymaux.

A. *Encanthis carcinomateux.* — L'observation suivante, rapportée par un professeur de Palerme, M. Placido Portal (*Il Filiatre Sebezzio*), est remarquable sous le rapport du volume énorme que la tumeur a acquis en peu de temps.

Obs. — Le nommé Ferrante, âgé de 34 ans, entra à l'hôpital militaire de Palerme dans le mois de janvier 1840, pour y être traité d'une ophthalmie aiguë, d'un encanthis inflammatoire et d'un abcès lacrymal du côté droit. L'ophthalmie disparut en peu de temps sous l'influence des saignées locales et générales ainsi que des émollients; l'abcès s'ouvrit également et se cicatrisa bientôt après. Mais l'encanthis, loin de diminuer, fit de rapides progrès, et malgré tous les traitements employés, tels que sangsues, émollients, pommade de belladone, décoction de salsepareille, calomel associé à l'opium, laxatifs, collyres astringents et laudanisés, vésicatoires, etc., il ne cessa de s'accroître au point d'égaler bientôt le volume d'une orange. On reconnut alors l'inutilité des moyens médicamenteux et la nécessité de recourir à l'extirpation ; elle fut facile en enlevant tous les tissus altérés, de la manière la plus exacte, et sacrifiant même, pour plus de sûreté, la moitié de la paupière inférieure, à laquelle adhérait intimement la tumeur, et que l'on remplaça extemporanément par un lambeau pris sur la joue. La masse enlevée était lardacée et cérébriforme ; elle pesait environ une livre et demie.

La plaie ne tarda pas à présenter des fongosités suspectes que l'on chercha inutilement à réprimer par des applications de caustique répétées plusieurs fois. La tumeur se manifesta de nouveau et acquit bientôt le même volume qu'avant l'opération. Irrégulière, bosselée à sa surface, saignant au moindre contact, elle causait des douleurs intolérables. Pour complaire au malade, M. Portal consentit encore à faire une opération dont il connaissait toute l'insuffisance, car pendant l'extirpation même, on put voir que l'étendue des racines qui occupaient tout l'orbite et le maxillaire supérieur ne permettait pas l'ablation complète des parties malades. Dès le troisième jour, la récidive s'était déclarée dans le fond de la plaie; le malade, vaincu par la douleur, arrachait lui-même les fongosités les plus exubérantes....

L'inutilité des moyens chirurgicaux étant désormais bien constatée, on s'en tint aux palliatifs, et le malade succomba le 23 février 1841. La pièce pathologique est conservée dans le cabinet de l'université de Palerme. (*Gaz. méd.*)

B. *Maladies du canal lacrymal et du canal nasal.* — Une observation de fistule lacrymale recueillie dans le service de M. Maisonneuve, a fourni à M. Rognetta (*Gaz. des Hôpitaux*), l'occasion de se livrer à des réflexions bien sages sur le traitement de cette affection. Il s'agissait d'un homme sur lequel on avait depuis deux ans épuisé inutilement les remèdes que l'auteur appelle les *meilleures ressources de l'art*, savoir, sangsues au nombre de 60, fumigations par les narines, injections d'Anel, pommades astringentes, etc. Désespérant de cette méthode, le chirurgien a employé une première fois le bistouri et la canule, laquelle, ayant déterminé des accidents, a dû être retirée ; puis une seconde opération pareille, laquelle n'a pas mieux réussi ; enfin le malade était encore à traiter comme dans le principe.

« Je me suis élevé il y a longtemps, dit M. Rognetta, contre ce système généralement adopté de

traiter les tumeurs et fistules lacrymales (*Voir* mon Cours d'ophtalmologie, p. 453); système faux, basé sur des principes erronés, qui exaspère ou paillie la maladie sans la détruire. Je suis à même aujourd'hui d'appuyer sur un plus grand nombre de faits ma manière de voir.

« On ne voit communément dans la tumeur ou fistule lacrymale qu'une simple affection mécanique. Le canal est bouché, dit-on, il faut le désobstruer, le dilater. De là des sondes, des canules, des sétons en permanence, etc. L'organisme a beau se révolter contre une pareille conduite, par des réactions plus ou moins fâcheuses, par l'intolérance de ces moyens, par la reproduction presque constante de la maladie ; on ferme les yeux, on se contente de regarder le mal comme rebelle, et l'on continue la routine reçue. Quelques personnes plus réfléchies prescrivent, il est vrai, avant d'en venir au bistouri, un traitement qu'elles appellent antiphlogistique, et qui consiste, comme on vient de le voir, dans les sangsues appliquées sur la tumeur, des fumigations chaudes par le nez, etc., mais sans réfléchir que les piqûres sur les tissus enflammés agissent traumatiquement, exaspèrent le mal, et que la chaleur des fumigations opère dans le même sens en stimulant, en congestionnant les tissus. On ne vise, du reste, par tous ces moyens, qu'à un seul but : à déboucher le canal nasal ; et lorsqu'on voit le mal marcher à grands pas vers la suppuration, on a recours au bistouri, triste ressource sur laquelle on disserte très-longuement aujourd'hui comme d'une chose de première importance.

« Cette pratique échoue presque constamment, et cela doit être; c'est qu'elle ne tient aucun compte de l'état dynamique de la maladie. Les personnes qui ont eu l'occasion d'examiner sur le cadavre les conditions de l'affection dont il s'agit, ont dû remarquer que le syphon lacrymal est généralement rétréci par le boursouflement de sa membrane muqueuse, boursouflement dépendant lui-même de l'inflammation chronique de sa substance, surtout de ses cryptes, et d'une sorte d'épaississement et d'infiltration du tissu sous-muqueux. On comprend par là comment le cours des larmes doit être intercepté, et pourquoi les remèdes mécaniques ne peuvent que nuire, en augmentant par leur irritation les infiltrations et le boursouflement. C'est comme si on voulait guérir l'aménorrhée par la présence d'un pessaire.

« Ces données devaient conduire à une tout autre pratique. J'ai pensé, en effet, qu'en combattant la condition dynamique, en dissipant la phlogose à l'aide d'un traitement énergique, on rétablirait la sécrétion des cryptes, et partant les fonctions naturelles du syphon.

« Depuis quatre à cinq ans que j'ai adopté cette pratique, j'ai guéri de la sorte tous les cas de tumeur ou fistule lacrymale qui me sont échus ; leur nombre est de huit ou neuf. Je puis citer, entre autres, le cas d'une dame qui m'a été adressée par M. Toirac en 1838, et dont la guérison se soutient parfaitement jusqu'à ce jour.

« Je suis maintenant à me demander s'il est des cas de fistule lacrymale simple dans lesquels l'opération sanglante soit indispensable? C'est ce que le temps fera connaître. Ma conviction, quant à présent, est qu'un chirurgien qui chercherait dans le fer et le feu le remède de la maladie serait tout aussi blâmable qu'un autre qui aurait recours à la taille, pouvant employer la lithotritie. »

M. Rigaud (*Bull. thér. Enc.*, 4e s., II, 589), conclut de quelques observations qu'il rapporte, que « chez les jeunes sujets un grand nombre de tumeurs lacrymales guérissent spontanément. » L'amélioration de la constitution, le développement des organes à diverses époques, lui paraissent avoir une bien plus grande importance que les fumigations, les lotions et collyres.

Suivant M. Biangini (*Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux*), le traitement de la fistule lacrymale devrait reposer sur des bases absolument contraires à celles adoptées jusqu'à ce jour. Ainsi, pendant que tous les efforts des chirurgiens tendent à rétablir une libre communication entre les points lacrymaux et les fosses nasales, lui, au contraire, s'efforce d'oblitérer complétement les voies lacrymales dans toute leur étendue par une solide cicatrisation. La cautérisation du sac lacrymal serait donc le meilleur procédé à suivre pour la cure de la fistule lacrymale, et ce médecin appuie ses assertions sur sa longue pratique et celle du professeur Camicci. Voici le procédé qu'il propose : Après avoir ouvert le sac à la manière de Petit, on remplit sa cavité avec de la charpie enduite d'un corps gras et recouverte d'une couche de poudre de nitrate d'argent. On continue l'usage du caustique jusqu'à ce que le gonflement morbide ait disparu; il faut faire en sorte que la cicatrisation marche du fond vers les bords, en observant les préceptes indiqués pour les fistules à l'anus.

Le chlorure de chaux en solution a été employé avec succès en injections dans un cas de fistule lacrymale, par le docteur Ridder, chirurgien-major à Amersfort (*Nederlandsch Lancet*) ; des frictions eurent lieu en même temps au pourtour de l'ouverture fistuleuse avec un onguent composé d'une partie de calomel sur quatre d'axonge ; le calomel a été donné à l'intérieur en même temps que des fumigations avec une infusion de fleurs de camomille ont été pratiquées. Trois semaines suffirent pour amener une cure qu'un traitement de plusieurs mois n'avait pu déterminer.

Nous avons reproduit une observation publiée par M. Manzini (1), d'une fistule remarquable par son opiniâtreté et par l'exemple qu'elle fournit de l'insuffisance de la canule, un des accidents qu'elle est susceptible de produire. Nous avons aussi fait connaître les modifications qu'a fait subir M. Daval à la canule de Dupuytren (2). M. Bourjot St-Hilaire a présenté à la Société médicale d'émulation de Paris le même instrument, modifié à sa manière. C'est un tuyau métallique double, formé de deux canules engaînées l'une dans l'autre, et offrant les dimensions et la forme de la canule de

(1) Gaz. Hôp. 1840. — Ann. d'Ocul. III, p. 176. — Encycl., 4e, s., I 623.

(2) Ann. d'Ocul., III, p. 95. — Encycl., 4e s., p. 329.

Dupuytren. Le but que s'est proposé M. Bourjot, c'est de pouvoir, en cas d'obstruction, extraire facilement la canule intérieure et laisser en place l'extérieure.

§ II. Maladies de l'orbite.

A. *Inflammation du tissu cellulaire.* — Le fait suivant est rapporté par M. J. Thiry, dans les *Archives de la médecine belge* (août 1841), sous le titre impropre des *Abcès de l'œil;* il a offert ceci de très-remarquable que l'orbite est restée saine, bien qu'aucun des désordres qui accompagnent ordinairement le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite n'ait fait défaut.

« Obs.—Corneille Halemans, âgé de 19 ans, journalier, entra à l'hôpital St-Jean le 24 janvier 1839, et y succomba le 27 mars de la même année; d'un tempérament excessivement lymphatique, et d'une faible constitution; il ressentit, il y a trois semaines, un frisson suivi de chaleur et de transpiration; bientôt après, il survint de la douleur dans l'œil gauche et de la photophobie; les paupières de ce côté se gonflèrent, devinrent rouges et congestionnées; bientôt il y eut cécité par le rapprochement invincible de ces paupières; enfin la suppuration s'établit, et un pus crémeux commença à couler. A l'entrée du malade, l'œil gauche était enflammé; avec ses adhérences, il formait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde; les paupières étaient d'un rouge livide, douloureuses à la pression, œdématiées, collées ensemble par du muco-pus; derrière l'inférieure se trouvait un abcès dont on fit écouler le pus par la pression. Le globe oculaire était gonflé, proéminent, poussé hors de l'orbite : on fit d'abord quelques mouchetures dans le sens des fibres de l'orbiculaire, pour dégorger ces parties; mais elles produisirent peu de succès, car la conjonctive oculaire s'enflamma à son tour; il se forma un chémosis; l'œil devint de plus en plus proéminent. On supposa que le pus provenait du coussinet graisseux qui tapisse le fond de l'orbite. On incisa le *chémosis.*

« Le 27 janvier, la maladie a fait des progrès; la pupille est très-irritable (? Réd.); on reconnaît de la fluctuation à la partie externe du globe de l'œil.—On ordonne l'extrait thébaïque avec le calomel.

« Le 29, tache blanchâtre au centre de la cornée; cette tache paraît être une escarre. Les humeurs de l'œil ne semblent pas altérées; la suppuration s'établit à la partie externe du globe de l'œil. — Même traitement, c'est-à-dire, calomel et extr. théb. Quelques jours après l'escarre qui était sur la cornée se détache, l'humeur aqueuse se précipite par l'ouverture, après quoi le trou est bouché par un point blanchâtre globuleux; bientôt une membrane fine, de nature séreuse, traverse ce trou, et vient faire hernie; on suppose une hernie de l'iris.—On ordonne l'onguent de Janin avec l'extrait de belladone.

« Le 2 février, à la suite du lavage des salles, frisson, suivi de chaleur et de sueur; pouls dur, fréquent; la paupière supérieure devient rouge, érysipélateuse et sensible à la pression. On voit deux ulcérations dans la conjonctive oculaire au-dessous de la cornée : l'iris fait hernie. — Émollients. Il se déclare aussi une périostite aiguë du tibia gauche.

« Quelques jours après il se manifeste des symptômes d'embarras gastrique; la peau du front devient tendue, rouge, luisante, très-douloureuse. Ces symptômes se continuent pendant deux ou trois jours. On diagnostique une *péricranite* avec gastro-entéro-colite.—On a recours aux émollients et à la diète. L'œil est complétement perdu; l'iris fait toujours hernie; suppuration; paupières tuméfiées, d'une rougeur livide.

« Le 8, il s'était formé sur le front une tache blanchâtre; cette tache, deux jours après, se convertit en une escarre de la largeur d'un franc. Les parties qui environnent cette escarre sont d'un rouge-violacé. On ne peut pas diagnostiquer cette singulière affection. — Pansement sec.

« Les jours suivants de nouvelles escarres se forment encore, se détachent; après elles, des ulcères blafards paraissent; le périoste reste sain; fièvre; diarrhée; douleur abdominale.

« Ne pouvant, dans un cadre aussi restreint, suivre les progrès de cette gangrène, qui finit par envahir tout le cuir chevelu, et par emporter le malade, je vais décrire d'une manière générale cette singulière affection.

« La formation de la pustule, de l'escarre, et sa chute se firent en trois jours. Le premier jour apparurent en un endroit du cuir chevelu, une ou plusieurs taches circulaires, d'un rouge brun et d'une grandeur variable; à l'endroit où les taches se manifestèrent, il y avait de la douleur et de la tuméfaction. Le deuxième jour, l'uniformité de la couleur rouge brunâtre fut interrompue par le développement de pustules livides, plombées, en plus ou moins grand nombre, et d'une grosseur variable; si on ouvrait les pustules, il en sortait une matière soit sanieuse, soit puriforme : dans ce dernier cas, les pustules avaient une nuance blanchâtre. Le troisième jour, le tissu recouvert par les pustules tomba gangréné, et l'escarre qui en résulta se détacha très-vite; les ulcères consécutifs à la chute des escarres étaient pâles, et fournissaient un pus de bonne nature. Cette affection toute locale était accompagnée de fièvre hectique, de diarrhée, d'anorexie, de douleurs dans les jambes; l'œil droit se conserva sain jusqu'à la mort : quant à l'œil gauche, nous ne savons ce qui lui advint. — Le traitement appliqué dans ce cas fu des plus variés.

« Pour traitement *local* on eut recours, 1° à un onguent avec le proto-iodure de mercure; 2° au mucilage camphré de Plenck; 3° à l'onguent d'althæa-camphré; 4 à un onguent ayant pour base la *suie.*

« Le traitement *général* fut aussi très-varié; on donna, 1° les émollients; 2° le calomel; 3° l'huile de foie de morue; 4° le sulfate de quinine; 5° l'absinthe; 6° l'iodure de fer. Aucun traitement, hormis la *suie* à l'extérieur, n'eut le moindre succès, la plupart devaient être suspendus à cause qu'ils n'étaient pas supportés.

« A l'autopsie, les os du crâne ne présentèrent nulle altération. Toute l'altération se trouvait dans la peau et le tissu cellulaire. »

B. *Blessures de l'orbite.*—Le cas dont la relation suit d'une blessure de l'orbite, ayant déterminé la rupture du nerf optique, est des plus intéressants ; il a été recueilli par un médecin anglais, le docteur Philips. (Lond. med. Gazette, janvier 1841.)

Obs. — Le 28 décembre dernier, un homme d'âge moyen a été reçu à Middlesex-Hospital pour être traité d'une blessure de l'orbite gauche avec perte instantanée de la vue de l'œil droit. Il déclara qu'il venait d'être blessé par un cheval en voulant le relever d'une chute sur un chemin glissant. Il était près de la tête de l'animal lorsque celui-ci l'a frappé d'une manière inattendue en faisant effort pour se relever ; il l'a frappé sur l'œil avec une telle violence, qu'il l'a jeté par terre, mais sans l'étourdir. On l'a immédiatement transporté dans la boutique d'un chimiste pour les premiers secours, puis à l'hôpital.

Il pense avoir été frappé non par la tête du cheval, mais par un fer attaché à la bride que la tête a poussé violemment.

A l'examen, on trouve une plaie saignante entre l'œil gauche et le nez, s'étendant depuis trois quarts de pouce environ de la commissure interne des paupières à un pouce au-dessous du sourcil. Les conduits lacrymaux et le tendon du muscle orbiculaire ont été divisés. Une sonde peut être introduite à une profondeur de trois quarts de pouce dans la direction de la paroi interne de l'orbite ; mais aucun os n'est dénudé. Le sang qui s'écoule est très-liquide et comme mêlé de larmes. Une légère ecchymose existe à la paupière, mais l'œil lui-même est sain. Le malade se plaint de cécité complète à l'autre œil. L'examen cependant n'y fait pas découvrir la moindre altération : sa sensibilité au toucher, ainsi que ses mouvements étaient à l'état normal ; seulement la faculté visuelle était éteinte et la pupille dilatée au plus haut degré. Une chandelle allumée ayant été approchée de ce côté, le malade n'a pu la distinguer et la pupille est restée impassible. Le malade se plaint d'un léger mal de tête, mais ses réponses étant exactes, rien ne fait soupçonner de lésion dans le crâne.

Les os du nez, ayant été examinés soigneusement, n'ont offert aucune fracture. Aucune ecchymose, aucune lésion appréciable n'existe à l'orbite et à l'œil du côté droit. On panse la plaie avec des bandelettes adhésives et des compresses. On prescrit : jalap, 15 grains ; infusion de séné. Après la purgation : trois grains de poudre antimoniale toutes les six heures.

Le 30, délire, insensibilité, dyspnée. On diagnostique une méningite. Purgations répétées, fomentations froides sur la tête, saignée (16 onces) ; calomel et antimoine toutes les quatre heures.

Dans la soirée, convulsions, décubitus sur le côté gauche, bras et jambes fléchies et raides ; membres du côté droit en mouvement continuel ; respiration laborieuse ; la pupille du côté droit est contractée maintenant. Poudre de calomel appliquée sur la langue, le malade ne pouvant pas avaler les pilules. Vésicatoire à la nuque.

Le 31, même état ; œil droit immobile, mais conservant toujours sa sensibilité. On continue le calomel ; fomentations froides sur la tête ; vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel.

1er janvier. Respiration stertoreuse et fréquente ; décubitus dorsal ; le spasme des membres du côté gauche a cessé ; il y a hémiplégie de ce côté ; le côté droit est tranquille ; il y a chaleur excessive à la tête : 18 sangues aux tempes ; sinapismes aux jambes.

Le 2, mort au milieu de convulsions.

Autopsie. On enlève la voûte crânienne et la dure-mère. Vascularité très-prononcée et infiltration abondante de lymphe entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux hémisphères. On retire le cerveau ; il est traversé d'une quantité inusitée de vaisseaux injectés. Les ventricules latéraux contiennent une grande quantité de sérum et de pus. En soulevant les lobes antérieurs, on les trouve adhérents à la dure-mère dans toute leur surface inférieure, moyennant de la lymphe plastique. On examine délicatement les nerfs optiques, et l'on trouve celui du côté droit complétement déchiré en travers ; ses extrémités sont seulement jointes ensemble par une membrane mince, au niveau du trou optique. La base du cerveau, depuis la moelle allongée jusqu'à la commissure des nerfs optiques, est couverte d'une couche épaisse de lymphe plastique qui empêche de bien voir les racines des nerfs. A la partie postérieure du lobe antérieur droit, près de la blessure du nerf optique, le cerveau est broyé, ramolli et ecchymosé dans l'étendue d'un quart de pouce en surface, et d'un demi-pouce en profondeur. La cause de la lacération du cerveau et de la rupture du nerf optique est dans la portion cérébrale de l'ethmoïde et d'une partie du sphénoïde qui forme le plancher du trou optique. Un fragment osseux, isolé, a été trouvé attaché à la dure-mère qui couvre la partie antérieure de la selle turcique, au-dessus du sinus caverneux droit : il est évident que c'est cette portion osseuse qui avait déchiré le nerf optique et la substance cérébrale. Un examen minutieux de la plaie orbitaire a fait reconnaître l'existence d'un trou accidentel, par lequel un stylet a pu pénétrer librement jusque sur la brèche de l'ethmoïde dans le crâne. Il a été dès lors évident que l'instrument fériteur, que la tête du cheval avait poussé vers l'orbite de cet homme, avait dû être pointu, qu'il avait dû frapper violemment l'os *planum* en dedans de l'orbite, et était passé de bas en haut jusqu'à la lame cérébrale de l'ethmoïde, et avait blessé le nerf optique du côté opposé.

M. le docteur Rognetta a publié, à propos de cette observation (1), les réflexions suivantes :

« La science possède plusieurs faits analogues ; cependant celui-ci offre des conditions qui le rendent peut-être unique. La circonstance la plus remarquable, c'est la lésion directe du nerf du côté opposé à l'orbite blessée. On sait que le nerf optique peut être blessé directement dans l'orbite par un instrument pointu qui entrerait par l'angle externe de cette cavité. Dans cette partie, en effet, le nerf décrit une courbe à convexité externe qui le rend très-accessible ; mais on n'avait pas encore vu la lésion de la portion intra-crânienne du nerf d'un côté par un instrument poussé par l'angle orbitaire interne du côté opposé. Il est remarquable que dans

(1) Gazette des Hôpitaux, 1841, n° 32.

toutes les lésions materielles du nerf optique, bornées dans cette partie de l'appareil oculaire, le seul phénomène appréciable a été l'amaurose pure et simple, le globe visuel ayant conservé toutes les apparences normales.

« Dans une dissection faite par Chéselden, et dans une autre pareille de Morgagni, le nerf optique était depuis longtemps désorganisé par maladie spontanée, et pourtant l'œil conservait toute sa transparence, sa forme, son volume, sa vivacité normales ; seulement il avait perdu la faculté de voir. Cela confirme l'opinion qui regarde le nerf en question comme un nerf de sentiment, n'ayant aucune influence sur la nutrition de l'organe.

« Une autre circonstance non moins remarquable résulte de la petitesse de l'ouverture perforante, et par conséquent de l'instrument fériteur et des suites d'une pareille lésion. Rien n'indiquait d'abord que le cerveau eût été lésé, et pourtant un incendie fatal s'est allumé aussitôt après. Dupuytren racontait, dans ses cours, les faits suivants :

« Un ancien maître d'armes passe devant une caserne, et il ne peut résister au désir d'entrer voir un de ses vieux camarades. Le maître d'armes de la caserne lui propose un assaut qu'il accepte avec plaisir. Ils se mettent en garde ; l'ancien maître reçoit un coup sur le masque, le fleuret boutonné perce la grille de celui-ci et le frappe à la base de la paupière supérieure, où il fait une petite plaie de peu d'importance en apparence ; le blessé tombe cependant ; on le porte à l'Hôtel-Dieu. Le surlendemain symptômes encéphaliques alarmants (délire, convulsions, fièvre, frisson, coma) ; mort le quatrième jour. A l'autopsie on trouve que la lame orbitaire du frontal avait été percée par le fleuret, et que le lobe correspondant du cerveau avait été percé.

« Le fils du général E..., élève à l'Ecole polytechnique, éprouva absolument le même accident en faisant des armes ; il resta hémiplégique.

« Les annales de la science contiennent un assez grand nombre de faits pareils ou analogues, par suite d'un coup de canne (Ruysch, Bonnet), d'épée (Borelli, Bell), de parapluie (Mackenzie), de flèche (Hortins), de fourchette (Massot), de perche (*Phil. trans.*), etc. J'ai observé moi-même un cas de blessure du nerf optique par un coup d'alène porté dans l'angle externe de l'orbite sur un garçon cordonnier au Marais. D'autres ont vu le même nerf être tout à fait rompu dans sa portion orbitaire par suite d'une luxation violente de l'œil, etc. »

C. *Tumeur encéphaloïde de l'orbite.*—La relation suivante communiquée à la *Revue des Spécialités* (I, p. 441) nous a paru digne d'être mentionnée : Une fille de douze ans porte dans l'orbite gauche (30 mars 1840) une tumeur qui, depuis deux ans qu'elle a commencé à se développer, a fait des progrès continuels, et a déterminé peu à peu l'expansion du globe oculaire. Au début de ce déplacement de l'œil, la vision ne fut pas troublée, ce qui ne laissait aucun doute sur la non-participation de l'appareil oculaire à la maladie ; mais, à partir du 15 avril, la vue commença à se troubler, et la perte de cette fonction ne fit qu'augmenter de jour en jour. L'opération fut décidée, et pratiquée par M. Velpeau, qui décrivit ainsi le manuel qu'il se proposait de mettre à exécution :

A partir du sommet de l'angle externe de l'œil, nous commencerons une incision que nous ferons bientôt contourner l'apophyse orbitaire externe pour continuer sa courbure vers le front. Cette incision, mieux qu'une incision droite, horizontale, partant du même point, nous facilitera le moyen de renverser en haut la paupière supérieure en totalité ; résultat qui, en rendant plus aisées les manœuvres que nous aurons à exécuter dans l'intérieur de l'orbite, favorisera d'autant l'exécution de l'opération. Dès que les adhérences périorbitaires de la tumeur auront été détruites, celle-ci sera saisie par une de ses bosselures avec une érigne, et, s'il y a moyen, on essayera de l'extirper seule sans toucher l'œil ; s'il y a lieu, on extirpera le globe oculaire en même temps. Nous craignons même qu'il ne nous soit point possible de nous soustraire à cette dernière opération, car il nous paraît peu probable d'admettre que les muscles de l'œil et le nerf optique n'aient point été englobés dans la tumeur, et vous concevez combien dès lors la dissection partielle des bosselures de la tumeur deviendrait difficile à pratiquer.

Aussitôt que la paupière supérieure eût été relevée, M. Velpeau introduisit le doigt entre le globe de l'œil et la paroi supérieure de l'orbite. Cette inspection lui a démontré que la tumeur occupait la totalité de la cavité orbitaire, mais qu'elle était libre, en devant, au moins, de toute sorte d'adhérence intime avec les parois de cette cavité.

Il fut impossible d'atteindre la limite postérieure de la tumeur, circonstance qui força l'opérateur à n'extirper d'abord que la base ; le sommet ne put l'être qu'après. Le globe de l'œil dut être extirpé en totalité.

Examen de la pièce pathologique.—A sa partie antérieure, elle est représentée par le globe oculaire, qui, postérieurement, est enveloppé par la tumeur, à laquelle le nerf optique sert d'axe ; à la partie postérieure de l'œil, en isolant celui-ci de la tumeur, on voit le nerf optique qui s'engage dans la masse morbide, et qui en sort du côté opposé. Ce nerf ne paraît avoir subi aucune altération ; aussi la vue n'a-t-elle été altérée que tardivement par le progrès de l'exophthalmie, qui a imprimé une modification tout à fait mécanique à ce même nerf. La tumeur est formée de tissus encéphaloïdes, ce qui avait été prévu du reste.

Cette circonstance a engagé l'opérateur à employer tout le soin possible pour qu'aucune portion de la tumeur n'échappât à l'action de l'instrument tranchant. A cet égard, le succès fut parfait : car en enlevant la partie de la tumeur qui occupait le sommet de la cavité orbitaire, on amena une partie de tissus sains, contenant dans leur épaisseur un cylindre de nerf optique. Mais on ne pourrait assurer qu'il n'existait pas un prolongement à travers la fente ptérygo-maxillaire ; crainte d'autant plus fondée, que les tumeurs de cette espèce sont malheureusement sujettes à présenter ces sortes d'em

branchements. Si l'on ajoute à cela que les tumeurs encéphaloïdes sont très-rarement des affections entièrement locales, et que, d'ordinaire, d'autres germes existent dans leur voisinage, les craintes relatives à une récidive ne font que réunir plus de probalité ; récidive qui se montre, terme moyen, selon M. Velpeau, quatre fois sur cinq.

Pour prouver, dit ce chirurgien, combien il est difficile de se soustraire à la repullulation du cancer encéphaloïde, nous croyons devoir citer un fait qui s'est présenté à la clinique l'année dernière. Un cinquième de l'œil seulement était envahi par le cancer, et il était presque douteux que l'opération fût indispensable ; néanmoins, l'œil entier, le nerf optique, le tissu cellulaire graisseux, tout fut enlevé. Ainsi, avec le cancer, une grande portion de tissus sains fut extirpée; mais, malgré cela, la récidive s'était déjà déclarée avant que la cicatrisation fût achevée. Sortie de la Charité, la malade entra dans le service de M. Baffos, rue de Sèvres, où une nouvelle opération qui fut pratiquée ne tarda pas à être suivie d'une nouvelle récidive, et quelque temps après, de la mort.

D. *Fongus hématode de l'orbite.*—M. Guersant rapporte avoir extirpé chez une petite fille une tumeur qui était, dit-il, un *fongus hématode de l'orbite* (1) « . L'orbite a été vidée, les paupières ont été emportées. Il n'y a point eu d'hémorrhagie (? ?) ni d'autres accidents inflammatoires graves. Les bourgeons étaient pâles, et dès le troisième jour on a fait un pansement avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée. Des révulsifs ont été appliqués aux membres inférieurs. »

M. Guersant ne dit rien sur la nature de la tumeur enlevée, qui n'était autre qu'un fongus *médullaire*, qu'il dénomme, par erreur sans doute, *hématode*. Après avoir parlé de cette opération en termes légers, M. Guersant nous apprend, quinze jours plus tard, qu'il ne l'a pratiquée qu'à son corps défendant, et cédant principalement aux instances réitérées des parents. En définitive, la malade a succombé, et voici les détails de l'autopsie cadavérique :

« La dégénérescence fongueuse, qui s'était déjà emparée du travail de cicatrisation de l'intérieur de l'orbite, se prolongeait dans l'intérieur du crâne en parcourant le trajet du nerf optique ; d'autres ramifications fongueuses partaient également de l'orbite et s'engageaient dans les fentes sphénoïdales, sphéno-maxillaire, et ptérygo-maxillaire. Dans l'intérieur du crâne, au niveau de l'entrecroisement des nerf optiques, on remarquait une masse ou tumeur fongueuse qui enveloppait les deux nerfs optiques, lesquels étaient transformés en tissu fongueux. Cette dégénérescence du nerf optique explique l'amaurose complète qui existait de ce côté. »

Qu'y a-t-il là dedans qui appartienne au fongus hématode?

(1) Gaz. des Hôpitaux, 24 oct. 1840.

§ III. Maladies des paupières.

A. *Fongus hématode de la paupière.* — M. le docteur F. Pauli a consigné le fait suivant dans le journal de M. d'Ammon :

Obs. — On remarque à la naissance d'un enfant une petite tumeur dure, fixe, à l'angle externe de la paupière supérieure gauche, de la grosseur d'une lentille. La paupière, un peu plus rouge que le reste de la peau, pendait sur le globe, mais se releva après quelques jours; après 9 mois, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de canard. Vers la troisième année, elle couvrit presque complétement l'œil ; peu à peu elle s'étendit sous la peau en tous sens. A neuf ans elle occupait toute la moitié de la face et de la tête, et refoulait en haut l'oreille de ce même côté, et deux ans plus tard elle pendait déjà par dessus la figure, ce qui engagea le petit malade à adapter à son bonnet un sac pour la soutenir. La partie cartilagineuse du nez fut poussée de l'autre côté ; ce qui rendait la bouche un peu de travers, et la tumeur s'étant accrue avait gagné la cavité de la bouche. — Lorsque M. Pauli a vu le malade, alors âgé de 15 ans (1838), cette tumeur était élastique, molle, inégale, fortement bosselée, en apparence fluctuante; on pouvait facilement la comprimer, et souvent, en y posant la main, on remarquait une pulsation qui, en comprimant les artères correspondantes, diminuait un peu, mais ne desparaissait pas complétement. La peau qui la recouvrait était mobile, de couleur naturelle, souvent traversée par de fortes veines. Des mouvements violents et des efforts en augmentaient le volume. Le fongus avait alors, depuis l'angle de la bouche jusqu'au pavillon de l'oreille, 12 1/4 pouces, et 15 3/4 pouces depuis le sommet de la tête jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. A chaque changement de temps le malade ressentait des douleurs pongitives et déchirantes dans la tumeur ; en se frottant il y produisait une hémorrhagie parenchymateuse plus ou moins forte.

M. Pauli, dont on connaît l'érudition, se livre à une savante discussion pour prouver que la maladie est un fongus hématode, et non un fongus médullaire; il a employé durant quelque temps la compression, mais elle était trop douloureuse. M. Chélius a prescrit sans succès l'iode à l'intérieur et à l'extérieur ; il avait proposé plus tard, de concert avec M. de Walther, la ligature de la carotide, afin de pouvoir extirper l'œil; les parents n'ont pas voulu y consentir.

B. *Tumeurs enkystées.* — Un cas remarquable a été observé par M. le docteur Snabilié (*Nederlandsch Lancet*, juillet 1840); l'hydatide occupait le bord de la paupière inférieure dans la largeur de la cornée, contre laquelle elle se trouvait placée de manière à simuler un staphylôme sphérique total; l'excision a été pratiquée.

Parfois, les tumeurs enkystées renferment des poils ; M. Cunier en a communiqué quelques observations à la Société de médecine de Gand. (*Ann. d'Oc.*, II.)

C. *Excroissances cornées des paupières.* — M. le chevalier d'Ammon rapporte dans son journal (vol. III) les cas suivants d'excroissances cornées des paupières :

Obs. I. — Un homme portait à la paupière supérieure du côté droit, à quelques lignes du bord ciliaire, une excroissance cornée de trois lignes de diamètre, qui avait augmenté peu à peu et s'était contournée en bas. Cette corne fut enlevée avec les ciseaux en pénétrant profondément dans la peau saine ; la plaie saigna considérablement et longtemps. L'hémorrhagie arrêtée, la solution de continuité fut cautérisée avec la pierre infernale; la guérison fut complète au bout de douze jours, et deux années après il n'y avait pas encore récidive. La loupe montra que cette production cornée ne consistait en rien autre, depuis sa racine jusqu'à son sommet, qu'en une masse homogène et était constituée de lamelles juxta-posées; à l'endroit où la corne s'implantait à la peau, existait une substance intermédiaire ressemblant à une glande sébacée épaissie.

Obs. II. — Une femme qui, depuis longtemps, n'était plus réglée, avait porté dans plusieurs endroits du corps des verrues dont elle avait été débarrassée par des purgatifs (abführmitteln); une semblable verrue qui existait à la paupière supérieure gauche était devenue peu à peu pointue et avait formé une excroissance cornée haute de quatre lignes ; la malade n'en souffrait pas ; mais elle y ressentait des démangeaisons et le grattement occasionnait de petites hémorrhagies. La tumeur fut enlevée avec les ciseaux, des purgatifs furent administrés et il n'y eut pas de reproduction du mal.

D. *Trichiasis.* — On lit dans les Annales d'Oculistique (vol. III, p. 97; *Encyc.*, 4e s., vol. I) les réflexions de M. Bourjot sur les différentes manières d'opérer le trichiasis. Cet oculiste est revenu sur cette question dans une séance de la Société médicale d'emulation de Paris; il regarde toujours le procédé de Jaeger comme le seul bon en pratique. C'est celui qu'emploie M. Cunier : il consiste, comme on sait, à inciser horizontalement la peau près du bord libre de la paupière, à découvrir les bulbes et à les exciser. M. Bourjot appelle l'attention sur la promptitude avec laquelle des cils surnuméraires se developpent à la face interne de la paupière et les difficultés qu'on éprouve quelquefois à découvrir les cils deplacés. La clinique de M. Cunier a offert plusieurs faits confirmatifs de cette assertion.

Une observation communiquée à la *Nederlandsch Lancet*, août 1840, montre avec quel soin il faut procéder à l'examen des yeux malades. Un malheureux cordonnier souffrait depuis plusieurs mois d'une ophthalmie des plus douloureuses, avec photophobie et ecoulement abondant de larmes. On s'était en vain escrimé contre le mal, lorsque les soins de M. le docteur Snabilié, chirurgien-major à Breda, furent réclamés. Un seul cil dévié était la cause de tout le désordre, qu'un examen attentif des premiers médecins eût immédiatement fait cesser par l'arrachement qu'en pratiqua M. Snabilié.

E. *Ectropion.* La méthode opératoire de M. Dieffenbach (1) n'était guère connue en France et en Belgique, que par les quelques signes qu'y consacraient MM. Carron Du Villards et Stœber. Dans un mémoire soumis à la Société de médecine de Gand (2), M. Cunier en donne la description ; il entre à ce sujet dans de longues considerations sur les autres procédés, afin de mieux faire ressortir l'originalité de celui du chirurgien berlinois et de faire convenablement apprécier les cas dans lesquels il est applicable.

Il faut se munir pour cette opération d'un petit bistouri effilé, droit, et à un seul tranchant, d'un scalpel à double tranchant et courbé sur le plat, d'un crochet et de quelques épingles à insectes.

Une incision en forme de croissant est pratiquée parallèlement au bord de l'orbite, et à quelques lignes de ce bord, en dirigeant la lame de gauche à droite ; ainsi, lorsqu'on opère sur l'œil droit, l'incision commence au-dessous du canthe externe, du côté gauche, au-dessous de l'angle interne. Cette incision doit occuper les deux tiers et le milieu de la largeur de la paupière ; arrivé au tissu cellulaire, on détache le lambeau du cartilage tarse, puis on fait pénétrer l'instrument le long du bord orbitaire de ce cartilage, jusqu'à ce que sa pointe paraisse entre la conjonctive palpébrale et le globe ; la plaie de la conjonctive est alors agrandie à l'égal de celle de la peau palpébrale (3). Dès lors, le crochet est introduit par l'ouverture extérieure (4), la conjonctive et le tarse sont amenés au dehors ; puis on réunit au moyen de la suture entortillée (5). On a ainsi trois bords à réunir : en haut et en bas, les lèvres de la plaie palpébrale extérieure, au milieu, la conjonctive, et enfin le tarse. On peut se borner à réunir la conjonctive et le tarse avec le bord inférieur de la plaie. La première épingle est placée au milieu ; de cette façon les autres sont mises avec plus de facilité. Les épingles sont immédiatement ployées, puis coupées à ras du fil entortillé. Avant d'appliquer la suture, il faut avoir soin de dépouiller de sa surface muqueuse la partie qui doit contracter des adhérences avec les lèvres de la plaie.

M. Dieffenbach dit que l'on doit procéder de la même manière, lorsque l'ectropion siége à la paupière supérieure ; le professeur de Berlin n'a sans doute point songé à la présence de l'élévateur de la paupière supérieure, présence qui réclame une modification importante dans la conduite qu'il conseille de tenir.

Ce procédé n'a été que fort rarement mis en usage en Allemagne ; il est tout à fait inusité en France, où M. Cunier l'a vu employer sans succès, en 1837, par M. Serre, de Montpellier, dans un cas d'ectropion de la paupière supérieure, malgré tout le soin qu'avait pris ce professeur pour respecter l'élévateur palpébral.

---

(1) Rust's Magasin für die gesammte Heilkunde, Bd. XXX, seite 438; Jahrgang, 1830.

(2) Fragments de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie.

(3) Voyez figure 1, empruntée à M. Dieffenbach.

(4) Voyez fig. 2.

(5) Voyez fig. 3.

M. Cunier a eu plusieurs fois occasion de pratiquer cette opération ; nous rapporterons le cas suivant, pris parmi ceux qu'il a fait connaître. (*Ann. de la Société méd. de Gand.*)

Obs. — M. Auguste Giroux, de Marseille, avait contracté en 1830, pendant qu'il se trouvait en Afrique, une ophthalmie purulente, qui avait été traitée par les antiphlogistiques et avait laissé un léger degré de renversement de la paupière inférieure de l'œil droit. Le mal avait été croissant sous l'influence des moyens topiques et de l'excision qui avaient été employés, et lorsque M. Cunier le vit à Montpellier, en 1837, le cartilage était déformé, bosselé, avait de la tendance à se retourner sur lui-même. On avait déclaré sa maladie incurable, et il en était au désespoir. M. Cunier jugea que cet ectropion pouvait être efficacement combattu par le procédé de M. Dieffenbach, et le 2 juin il l'opéra. Une incision en forme de croissant, AB, fut pratiquée à deux lignes du bord de l'orbite (*voyez fig.* 1); elle fut prolongée, vers le canthe, d'un peu plus que ne le recommande M. Dieffenbach; M. Cunier détacha soigneusement la peau jusqu'au tarse en son bord orbitaire ; il pénétra alors entre la conjonctive et le bulbe et y produisit l'incision CD. Ce temps de l'opération achevé, le crochet fut introduit (*voyez fig.* 2), et fixé dans la conjonctive et le cartilage tarse, qui fut amené au dehors ; la muqueuse fut disséquée dans la partie à comprendre dans la suture, et celle-ci fut pratiquée, comme on le voit en *a b* (*fig.* 3).

M. Cunier fit prendre immédiatement au malade, comme il en a l'habitude après chaque opération, une potion opiacée ; il ordonna des applications froides et le repos absolu.

Le 3, le pouls s'était relevé vers dix heures du soir, et une saignée de douze onces fut pratiquée. Il n'y avait presque point de tuméfaction, aucune rougeur de la face.

Le 4, la tuméfaction était un peu plus prononcée, la face brûlante ; il y avait de la suppuration. M. Cunier prescrivit un demi-gros d'extrait de saturne par livre d'eau et dix grains de calomel à l'intérieur, comme purgatif.

Le 5, amélioration ; la rougeur de la figure a disparu. Les épingles sont retirées en *c* et *g* ; le 6, M. Cunier les retire en *d* et *g*, et enfin le 8 en *e* et *f*. La suppuration fut très-peu abondante. On fut obligé de toucher, le 10, la surface en suppuration *a b* avec la pierre infernale ; elle avait été pansée depuis le 6 avec un plumasseau de charpie enduit de cérat.

Le 13, la cicatrisation était achevée, et le 15, le malade put sortir. La guérison était complète le 21 (1).

M. Cunier trouve que le procédé de M. Dieffenbach est applicable dans tous les cas où l'on conseille de recourir au procédé d'Adams (*Practical obs. on ectropium.* London, 1812) ; on détermine un rétrécissement certain du cul-de-sac de la conjonctive, et on oppose ainsi une résistance sûre à l'eversion lorsque les ligaments palpébraux, fortement distendus, ont occasionné un véritable allongement du bord palpébral, ou lorsque le tarse, par suite de sa position vicieuse, a subi un changement de forme. « En enlevant un lambeau en forme « de V, dit M. Cunier, il arrive plus fréquemment « qu'on ne l'avoue que la réunion ne se fait pas « complétement, et il reste alors un colobome qui « est pis que le mal que l'on a voulu détruire. »

Nous renvoyons au sujet de l'ectropion spasmodique, et de sa guérison par la myotomie sous-cutanée à ce qu'en a dit M. Cunier, qui l'a imaginée et le premier mise en pratique. (*Ann. d'Oculist.*, V, p. 264).

D'après M. Cunier, dans les cas d'ectropion où il y a cicatrice avec perte de substance de la paupière, la blépharoplastie, opérée par la méthode du déplacement, offre, dans la grande majorité des cas, d'immenses avantages sur les autres procédés connus, tels que, par exemple, ceux de MM. Juengken (1), Fricke (2), d'Ammon (3), Dieffenbach (4), Graefe (5), Dzondi (6), etc. M. Cunier rapporte l'observation suivante pour donner une idée de ce procédé. (*Ann. de la Société de médecine de Gand.*)

Obs. — Ectropion datant de cinq années. — Ulcération et destruction presque complète de la partie externe de la paupière inférieure. — Adhérence du bord palpébral à la peau de la joue au-dessus de la pommette. — Blépharoplastie. — Guérison.

Mme Van Cam...., de Bruxelles, âgée de cinquante et un ans, portait, depuis l'âge de quarante-six ans un ectropion de l'œil gauche entretenu par une ulcération qui avait détruit la partie externe de la paupière inférieure dans toute son épaisseur, s'étendait à la joue, et avait déterminé l'adhérence du bord libre de la paupière avec la peau en rapport avec l'os de la pommette (*voyez fig.* 4). Cet état était survenu à la suite d'une ophthalmie qui s'était déclarée lors de l'époque de la ménopause et dont elle avait été traitée par maître Lubin, de pommadeuse mémoire. Depuis que l'ectropion était survenu, elle avait consulté plusieurs médecins de la capitale et aussi un oculiste ambulant, M. Burguet ; tous avaient conseillé de recourir à la cautérisation, et le fer rouge avait encore été appliqué dix jours avant la première visite de M. Cunier. A-t-on cru avoir affaire à un cancer ? M. Cunier l'ignore, mais rien n'indiquait qu'il y eût là dégénérence cancéreuse ; une blépharite impétigineuse était tout simplement venue compliquer une blépharite glan-

(1) La cornée qui avait tout à fait perdu sa transparence, est redevenue claire en quelques endroits ; en janvier 1838, il ne restait plus qu'une seule tache à la partie latérale externe.

(1) Die Lehre von den Augenoperationen, Seite 267. Vorrede s. IX.

(2) Die Bildung neuer Augenlider, Blepharoplastik. Hamburg 1829.

(3) V. Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie, Bd. IV, s. 428.

(4) Staub, Dissertatio inauguralis de Blepharoplastice. Berolini 1835 — Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, nº 1, 1833.

(5) Rhinoplastik, seite 5.

(6) Geschichte des klinischen Instituts zu Halle, s. 137.

dulaire survenue à la suite d'une affection aiguë de la conjonctive, et des soins mal entendus avaient déterminé une ulcération qui avait continué ses progrès, parce qu'aucun moyen convenable n'y avait été opposé.

Une incision comprenant toute l'épaisseur de la paupière, partant du pli oculo-palpébral en *a*, fut conduite jusqu'au haut de l'os de la pommette en *c*; une seconde incision, partant de la commissure externe *b*, rejoignit la première en *c*; M. Cunier produisit une perte de substance triangulaire *abc*. Dès lors, il releva la paupière et la remit dans sa position naturelle.

Ce premier temps de l'opération achevé, il prolongea la commissure jusqu'en *d*, de la longueur d'un demi-pouce, c'est-à-dire, à une distance égalant *ab* ; la peau fut disséquée suivant *bdc*; la peau palpébrale fut alors détachée du bord libre jusqu'en *e*, à un quart de pouce du point *a'*, et le lambeau triangulaire figuré par *a'ec* fut séparé de la paupière; M. Cunier fit marcher les deux lambeaux l'un vers l'autre, et les réunit par la suture pratiquée au moyen d'épingles. Il s'abstint de placer une épingle à la commissure externe, comme au bord libre detaché.

M. Cunier appliqua des bandelettes enduites de cérat sur les nouveaux bords palpébraux, et il fit pratiquer des affusions froides. Immédiatement après l'opération, une potion opiacée fut donnée à la malade.

Le quatrième jour, les deux épingles inférieures furent levées et le sixième les trois dernières.

L'inflammation fut peu vive, la suppuration insignifiante, grâce aux applications d'eau froide, à laquelle l'extrait de saturne avait été joint le deuxième jour.

La réunion est restée complète, et la malade ne conserve aucune gêne; elle a ressenti par intervalles des douleurs parfois atroces dans la tempe, ce qui a pu résulter de ce qu'un filet nerveux aura été incomplétement coupé.

Le procédé opératoire suivi en cette occasion par M. Cunier est le même que celui qu'il a exposé dans le *Bulletin médical Belge* du mois de mai 1837 (1) pour la restauration de la bouche. Il a pratiqué plusieurs fois la même opération depuis 1836; chez un seul malade, il a voulu recouvrir le bord libre du lambeau avec la muqueuse palpébrale, mais la dissection a été excessivement douloureuse, et il est survenu une inflammation aiguë de la conjonctive palpebro-oculaire qui a compromis pendant plus de vingt jours le succès de son entreprise. Après ce qu'il a vu, après ce qui lui est arrivé, M. Cunier regarde ce revêtissement recommandé par M. *Dieffenbach* (2) comme une espèce de tour de force qui ne profite en aucune façon au malade, quoi qu'en dise M. Serre (3). La conduite tenue par M. Cunier, dans l'observation ci-dessus paraît, en effet, préferable : en disséquant la peau palpébrale, on peut fixer la muqueuse et le cartilage dans les points de suture, et le bord palpébral qu'on a laissé sain tapisse presque tout le haut de l'espace enlevé et remplacé par la peau empruntée à la paupière et à la tempe. Et puis, l'on ne disséquerait point la peau palpébrale, que dans les cas analogues à celui qui vient d'être décrit, il n'y aurait aucun inconvénient.

M. le docteur Jules Ansiaux, de Liége, a fait une habile et heureuse application du procédé de Dieffenbach pour la restauration des paupières ; l'observation qu'il a consignée dans les *Annales d'Oculistique* est remarquable. Un succès non moins complet a été obtenu par M. Heidenreich (*V. Ammon's Monatsschrift.*, *sept. et oct.* 1840). M. Alessi n'a pas été moins heureux. (*Il Filiatre Sebezzio*, juillet 1841.)

M. Laborie (*Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 41) a donné l'histoire de plusieurs opérations d'autoplastie pratiquées par M. Jobert. « Dans les cas où, comme cela arrive fréquemment, le lambeau vient à se boursouffler, et constitue une véritable difformité, M. Jobert en coupe une partie, suivant l'épaisseur; il ébarbe, pour ainsi dire, le lambeau, et jamais il n'a vu survenir d'accidents à la suite de cette opération, qui peut être utile dans bien des circonstances, et quelquefois, entre autres, lorsque le lambeau présente des poils que l'on ne doit pas conserver. »

M. Bérard, jeune, a présenté à l'Académie de médecine un opéré, dont l'histoire offre plusieurs particularités intéressantes sous le point de vue de la pratique.

Obs.—Le malade en question était affecté d'un ectropion de la paupière inférieure gauche : une pustule maligne qui s'était développée dans la région de la joue, au-dessous de l'orbite, avait donné lieu à la difformité. On avait pratiqué la cautérisation, et la perte de substance s'était étendue jusqu'au niveau du bord libre de la paupière inférieure dont les cils avaient été conservés; il en résulta un renversement complet de la conjonctive palpébrale ; la difformité était hideuse, et l'inflammation de l'œil continuelle. En août 1840, M. Bérard jeune tenta de rétablir la paupière. Dans ce but, il pratiqua une incision qui s'étendait de l'angle interne à l'angle externe de l'œil; elle était parallèle au bord renversé de la paupière, et à trois ou quatre millimètres de ce bord.

Le cartilage tarse fut disséqué et relevé avec la conjonctive, de telle sorte que la paupière inférieure reprit sa position normale ; par suite de cette dissection, il s'établit un intervalle assez grand entre les bords supérieur et inférieur de la plaie, qui prit une forme elliptique. Pour s'opposer au renversement ultérieur de la paupière et fournir à cette partie la peau dont elle était privée, le chirurgien tailla un lambeau de peau à la région temporale ; la base du lambeau tenant par un pédicule vers la pommette, ce lambeau fut conduit entre les lèvres de la première plaie, et maintenu seulement par des pièces de pansement ; la réunion par première intention fut parfaite Pour s'opposer à la rétraction du lambeau, M. Bérard a eu soin d'exercer à la surface une compression

(1) Observations cliniques recueillies à la Faculté de médecine de Montpellier, Bull. méd. Belge, 1837, page 60.

(2) Ann. de la méd. physiol. 1832.

(3) Compte rendu de la clinique de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, 1837.

prolongée pendant plusieurs semaines après la cicatrisation, et cela au moyen de lamelles de diachylon superposées.

Quatre mois après l'opération, la guérison s'était maintenue sans que le lambeau se fût ratatiné; la paupière était droite, semblable à celle du côté opposé, et n'en différait que par une ligne de cicatrice qui indiquait le contour du lambeau et qui ne présentait d'inégalité qu'à la partie externe de la lèvre inférieure, là où il a fallu tordre le pédicule du lambeau.

On peut déduire de ce fait les conséquences suivantes :

1° De même que M. Blandin l'a déjà établi, on peut s'abstenir de suture dans quelques opérations d'autoplastie;

2° Le recoquillement du lambeau n'est pas à redouter comme on l'a souvent annoncé ;

3° De simples pansements appropriés suffisent pour prévenir cet accident.

F. *Entropion.* — M. Cunier a exposé dans son journal (IV, p. 82) le procédé par lequel il combat l'inversion palpébrale. Il a eu recours, dans l'entropion spasmodique, à la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpebral ; sa conduite a été imitée par M. Petrequin (*Ann. d'Oc.*, V, p. 44 et 264).

G. *Chute de la paupière supérieure.* — Le docteur Alessi (*Il Filiatre Sebezzio*, 1841) raconte que se trouvant en Sicile, province de Messine, commune de Condro, un nommé Dominique Majolino se présenta à sa consultation pour une blépharite glandulaire chronique du côté droit. Après lui avoir donné les conseils que réclamait son état, il s'aperçut que l'œil gauche était affecté d'un ptosis incomplet, tel que la paupière supérieure relâchée cachait environ le tiers de la pupille. L'abaissement était plus marqué vers l'angle externe que vers l'interne, et lorsque le malade voulait regarder de l'œil gauche, il était obligé de renverser la tête sur l'epaule droite. Interrogé sur la manière dont cet affaiblissement était survenu, il répondit que c'était une incommodité héréditaire dans sa famille, et que son père et son fils en étaient atteints. Par une singularité bizarre, les hommes seuls la présentaient, et, ce qui est plus étonnant encore, la difformité change de côté à chaque génération. Ainsi, le père du malade avait la blépharoptose du côté droit ; chez lui-même elle existait sur l'œil gauche ; son fils la présentait à droite et son petit-fils à gauche. Son père était mort, mais M. Alessi visita avec soin son fils, âgé de 32 ans, et son petit-fils, âgé de 4 ans, et il s'assura que l'affection offrait les mêmes particularités que chez Dominique Majolino.

Cette circonstance d'hérédité sera sans doute jugée fort intéressante ; mais la cause même du mal ne le paraîtra peut-être pas moins. M. Alessi ne le rapporte ni à l'atonie du muscle élévateur, ni à la paralysie de la troisième paire, ni à une tumeur intra-orbitaire, etc. D'après les observations qu'il a été à même de faire sur les membres de cette famille, il croit pouvoir attribuer la chute de la paupière à un aplatissement de l'arcade sourcilière, aplatissement qui commence vers son tiers interne, et se continue insensiblement jusqu'à la tempe. Par suite de cet aplatissement, existant dans le point où il y a, à l'état normal, une saillie, la peau de la paupière quoiqu'elle n'ait que ses dimensions naturelles, offre néanmoins un excès de longueur, ou plutôt descend trop bas pour pouvoir exécuter ses fonctions d'une manière régulière. C'est donc là une nouvelle cause de ptosis, et M. Alessi propose d'y remédier en enlevant un lambeau elliptique, et en réunissant son bord supérieur avec l'inférieur à l'aide de la suture. (1) Aucun des individus de la famille Majolino n'a voulu se soumettre à l'opération, parce que l'habitude leur a rendu supportables les inconvénients de cette difformité.

Nous trouvons dans la *Revue des Spécialités* l'observation d'un ptosis palpébral double, affection excessivement rare.

Obs. — Le sujet est un vieux marin, âgé de 74 ans, dont les yeux étaient si complétement couverts depuis quatre ans, qu'il ne pouvait voir que par artifice. Il y avait en même temps un strabisme divergent. Ces symptômes annonçaient évidemment une paralysie de la troisième paire. Cette affection s'était développée progressivement à la suite d'un accès d'épilepsie. M. Curling ayant observé que, dans ses efforts pour relever la paupière, le patient mettait en jeu avec succès le muscle occipito-frontal, conçut l'espoir, en plaçant les paupières sous la dépendance de ce muscle, de substituer son action à celle des organes paralysés. Pour cela il comprit dans une large excision les téguments superflus de la paupière et et des sourcils. La plaie, réunie par deux points de suture, guérit en huit jours sans ectropion ni difformité. Le succès répondit tout à fait à son attente ; le malade pouvait relever la paupière à volonté.

L'opération n'a été faite que d'un seul côté, celui où la vision a paru plus parfaite. « On n'a pas cru devoir la répéter sur l'autre, à cause du trouble de la vue qu'aurait occasionné la divergence des globes oculaires. » La strabotomie, à laquelle on aurait pu songer, était contre-indiquée par l'état de paralysie de presque tous les muscles.

M. Holtouse (*London med. Gazette*) regarde la chute de la paupière supérieure, dans la paralysie de la troisième paire, comme une circonstance heureuse qui préserve la rétine de l'impression de la lumière. — M. Cunier est d'un tout autre avis; lorsque la paralysie est ancienne, il raccourcit la peau par son procédé pour l'entropion (Ann. d'Oculistique, IV, p. 82). Il a toujours vu cette pratique exercer une heureuse influence sur la mydriase, ainsi que sur les muscles privés de mouvement. Sa

(1) « M. Alessi propose l'ablation d'un pli de la peau parallèle au sourcil, et immédiatement au-dessus, et la réunion au moyen de 3 aiguilles d'argent et la suture en 8. « La plaie se réunirait par première intention, et la paupière « se trouverait ainsi relevée. Mais pourrait-elle ensuite « s'abaisser suffisamment ? C'est une demande que nous « nous faisons. » (*L'Examinateur médical*, n° 25.)

première application de cette méthode date du mois de septembre 1840, et est donc antérieure à celle de M. Curling.

Dans deux cas de ptosis sans paralysie des muscles moteurs de l'œil, M. Radcliffe Hall a enlevé un lambeau elliptique de la paupière (*Lond. med. Gazette*), moyen donné comme nouveau, bien que mis en usage par Paul d'Egine et Albucasis ; M. Radcliffe Hall n'a obtenu qu'un succès incomplet.

M. Guépin (*Gaz. méd. de Montpellier*) a eu recours, dans cinq cas analogues, au moyen suivant : Il a fait un pli à la peau, et au lieu de l'enlever, il a passé à sa partie inférieure un fil en platine au moyen d'une aiguille courbe, et il en a tordu les extrémités. Ainsi que l'a fait observer M. Bulckens (*Ann. de la Soc. des Sciences méd. et nat. de Malines*), ce procédé n'est qu'une modification de ceux de M. Stiévenart et de M. Cunier.

II. *Blessures de la région sourcilière.* — M. C. Canstatt a établi, par des recherches historiques et nécroscopiques (*An. d'Oc.*, I, p. 273), que la cécité qui survient à la suite des blessures de la région sourcillière, doit presque toujours être rapportée à une autre cause que la lésion du nerf frontal. M. de Walther est revenu tout récemment sur cette question (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*) ; il a vu de nombreuses blessures au-dessus de l'orbite, dans lesquelles il a pu se convaincre que le nerf frontal avait été divisé sans que pour cela une amaurose se fût manifestée, et d'un autre côté, lorsque celle-ci a eu lieu à la suite d'une blessure au front, on pouvait très-bien, comme dans les cas rapportés par M. Canstatt, l'attribuer à quelque dérangement des organes renfermés dans l'orbite ou dans le crâne ; puis M. de Walther rappelle les expériences des uns qui ont coupé le nerf frontal sur les animaux sans occasionner l'amaurose, et des autres qui ont divisé ce même nerf chez l'homme pour remédier au tic douloureux, sans avoir altéré la vue.

M. de Walther cherche à prouver par une longue suite de considérations anatomiques et physiologiques, que le nerf frontal n'a pas de communication directe avec le nerf optique et la rétine, qu'il n'a même qu'un rapport très-indirect avec le système nerveux ciliaire moyennant le nerf nasal, et que les impressions transmises au nerf frontal peuvent tout au plus arriver à l'œil par l'intermède du cerveau ou de la moelle allongée ; il n'y a donc point de continuité directe, mais seulement réfléchie. Les mêmes considérations pourraient être appliquées à tout autre nerf ; aussi n'a-t-on pas manqué de citer des faits de lésions de nerfs sous-orbitaires suivies d'amaurose ; ce qui n'est pas plus fondé suivant M. de Walther. Celui-ci convient pourtant que des blessures au front peuvent avec le temps entraîner l'amaurose par l'effet d'une inflammation qui se propage de proche en proche jusqu'au nerf optique et à la rétine à l'aide de la continuité des tissus.

La nutrition de l'œil est pervertie par les lésions des filets nerveux ganglionnaires qui se rendent à cet organe ; c'est ainsi que les maladies au cou et les opérations qu'on pratique à cette région, tant sur les animaux que sur les hommes, produisent des ophthalmies ou des atrophies extrêmement graves ; à cette occasion M. de Walther cite une observation très-curieuse d'une ligature d'artère carotide primitive pour cause d'anévrisme ; l'opérée guérit, mais elle eut un chémosis suivi d'atrophie avec abolition presque complète de la vision. Si donc, dit l'auteur, les lésions du nerf grand symphatique ont une si grande importance sur la vision, pourquoi celle d'une portion du trijumeau, qui a des liaisons tout aussi étroites avec l'œil, n'influencerait-elle pas aussi la vision ? Ici M. de Walther semble revenir sur la proposition qu'il a combattue plus haut, mais il faut bien remarquer qu'il fait une grande différence entre les suites immédiates de la blessure du nerf frontal et les effets produits par une inflammation consécutive, provoquée par cette blessure elle-même ; c'est ainsi qu'il se rend compte de toutes les observations de cécité après une blessure du front qui ont été rapportées par les auteurs depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

La *Gazette médicale de Paris* ajoute à l'analyse du mémoire de M. de Walther une observation communiquée par le docteur Deyber d'une cécité survenue à la suite d'une légère blessure du front, sans qu'il y ait eu commotion ni dans l'œil ni dans le cerveau. Cette cécité était due à une cataracte et et non à une amaurose ; il y avait donc eu ici altération de la nutrition de l'œil.

§ IV. Maladies du globe de l'oeil.

Fréquence des ophthalmies internes aux âges extrêmes de la vie. — A l'occasion d'une communication de M. Bourjot Saint-Hilaire, à la Société médicale d'émulation de Paris, séance du 4 mars 1841, une discussion s'est engagée entre ce médecin, M. Caffe et M. Rognetta, sur la fréquence des ophthalmies internes aux âges extrêmes de la vie, et sur la possibilité de guérir la cataracte sans opération (1).

M. Bourjot avait établi sur un certain nombre de faits disposés dans un ordre statistique, qu'à compter de la naissance jusqu'à la quarantième année de la vie, les ophthalmies externes prédominaient, et que de cette dernière époque jusqu'à la vieillesse, les ophthalmies internes étaient, au contraire, beaucoup plus fréquentes.

M. Caffe regarde la conclusion de M. Bourjot comme hasardée, attendu que la statistique qui l'a motivée ne comprenait qu'un très-petit nombre de faits (40 à 50). Il faut, dit M. Caffe, pour établir une conclusion rigoureuse sur une question de cette nature, non-seulement des masses considérables de faits, mais aussi des données sur les conditions de ces faits, qui ne se trouvent point dans le tableau de M. Bourjot. M. Caffe a développé ces propositions par des généralit s sur l'art de faire de bonnes statistiques.

M. Rognetta a attaqué la déduction de M. Bourjot. Se fondant sur ses propres observations, il a avancé

(1) Le compte-rendu de la séance n'apprend pas ce qui a été dit à ce sujet par ces messieurs.

que la proposition contraire à celle de M. Bourjot pourrait être plus raisonnablement soutenue. Outre que les ophthalmies internes, telles que l'iritis, la choroïdite, sont assez fréquentes chez les enfants scrofuleux, et que les ophthalmies externes, telles que les blépharites catarrho-glandulaires, s'offrent au contraire fort souvent chez les personnes âgées, il ne pense pas que toutes les ophthalmies des enfants, qu'on regarde comme externes, soient telles en effet.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés, celle des armées, celle enfin qu'on appelle gonorrhoïque et qu'on observe si souvent chez des sujets jeunes, bien qu'elles siégent en apparence sur la conjonctive, intéressent en même temps les tissus profonds de l'organe, dit M. Rognetta.

Le oculistes qui regardent comme externes d'autres ophthalmies légères en apparence se trompent, selon lui, faute d'appréciation convenable des symptômes qui les accompagnent. M. Rognetta s'est attaché à prouver que dans la plupart des ophthalmies aiguës, chez les enfants comme chez les adultes et les vieillards, le mal étend ses racines dans les membranes internes de l'œil; la rétine, la choroïde, le corps vitré lui-même en sont affectés, même dans le simple taraxis accompagné de photophobie. Il en est de même, selon lui, dans plusieurs conjonctives chroniques, peu graves en apparence, mais réfractaires aux médications ordinaires; elles se rattachent, selon lui, à un état congestif habituel de tout l'arbre vasculaire de l'orbite provenant de l'intérieur du crâne.

Dans une foule d'autres cas, l'ophthalmie n'est externe, selon M. Rognetta, que pour l'oculiste borné au petit coin de ce qu'il appelle sa spécialité; le médecin observateur (?) y voit autre chose. En conséquence, il n'est pas plus exact de dire que les ophthalmies externes soient plus fréquentes en bas âge ou dans les quarante premières années de la vie, « que de soutenir que les conjonctivites soient de simples affections tégumentaires ou externes. Ces remarques ne sont pas sans importance pratique, comme on le voit, puisqu'elles frappent de nullité toutes ces petites recettes, ces petits remèdes externes, ces collyres, ces pommades que les charlatans vantent à outrance et que quelques hommes de l'art adoptent légèrement comme une sorte de panacée. »

A. *Ophthalmies idiopathiques.*

1.) *Rétinite.*— « La rétinite aiguë et non accompagnée de l'inflammation d'autres parties du globe oculaire, est, dit M. Sichel (*Traité de l'Opht.*, p. 157), une affection excessivement rare; nous n'avons guère eu l'occasion de l'observer nous-même : » M. Cunier n'a rencontré qu'une seule fois l'iritis simple; en voici l'observation telle qu'il l'a communiquée à la Société de médecine de Gand. (V. *Annales* de cette Soc.)

Obs. — Le nommé Stroobants, fusilier à la 3me compagnie du 2me bataillon du 6me régiment d'infanterie, d'un tempérament sanguin, se trouvant à l'exercice en bonnet police, et à l'ardeur d'un soleil de juillet, en face duquel il se trouvait placé, fut renversé tout à-coup et s'enfuit en criant vers sa tente, où il alla se placer dans le coin le plus obscur. Comme c'était un paresseux qui cherchait à se soustraire au service, le sergent-instructeur crut qu'il lui jouait un nouveau tour, et il le mit à la garde du camp. Mais il ne discontinuait pas ses hurlements; il cherchait l'endroit le plus obscur de la tente qui servait de prison, et il poussait des cris épouvantables lorsqu'on voulait lui arracher les mains avec lesquelles il se cachait les yeux. M. le docteur Wattieu ayant été appelé, envoya immédiatement cet homme à l'hôpital du camp de Beverloo, où il fut placé dans le service de M. Cunier. 1er juillet 1838. Le malade occupe l'endroit le plus obscur de la salle ophthalmique. Il est couché sur le ventre, la tête entre les deux mains; il pousse de profonds gémissements; le pouls est plein, accéléré, la tête brûlante. M. Cunier veut écarter les paupières, mais leur spasme est tellement violent qu'il ne peut y parvenir; une fois il réussit à écarter un peu les paupières de l'œil gauche; le malade se rejette vivement en arrière, et un flux abondant de larmes vient inonder la joue de ce côté; bientôt pareil flux s'établit à droite. — Saignée de ℥XX, onguent mercuriel belladoné en frictions; pédiluve sinapisé; entretenir l'obscurité de la chambre.—A la visite du soir, il y a un peu d'amélioration. Nouveau pédiluve sinapisé.

Le 2, le malade est dans le même état que la veille. Onguent mercuriel et extrait de belladone, *drachm.* IV, à user dans la journée; 30 grains d'émétique, divisés en six paquets, dont un sera pris toutes les deux heures, pédiluve à la moutarde.—Le soir, diminution du spasme palpébral. M. Cunier peut entr'ouvrir les paupières; le globe n'est que fort légèrement injecté; la pupille contractée a tout au plus la largeur d'une tête d'épingle.

Le 3, mêmes moyens que le 2. — Deux vésicatoires aux tempes.

La maladie va en s'amendant jusqu'au 6, que Stroobants se fait conduire dans la cour. La photophobie revient, et avec elle une photopsie continuelle. — 5 gr. émétique à 4 reprises, de 2 en 2 heures, six gros d'onguent napolitain et d'extrait de belladone; bain de pieds sinapisé; irriter la surface des vésicatoires.

Le 7, presque plus de photophobie, cessation de la photopsie.—M. Cunier insiste sur les révulsifs.—Le 9, la vision commence a s'exercer, la rétine devient de moins en moins impressionnable. — Le 15, guérison complète.

Voilà un exemple de rétinite aiguë simple, qui, sans le traitement énergique que lui a opposé M. Cunier, se serait propagée le long des nerfs optiques aux méninges et au cerveau, complication que M. Sichel dit être plus fréquente qu'on ne le pense, ou aurait eu au moins pour résultat de déterminer une amaurose dont il eût été difficile de triompher.

Une observation de rétinite, recueillie par M. O'Beirne (*Dublin Journal of Med. Sciences*), mérite d'être signalée. L'historique des symptômes est conforme avec ce que les oculistes ont écrit sur cette maladie : douleur violente dans l'œil, coloration variée des objets dans les premiers jours, photopsies, etc. Mais M. O'Beirne a vu la pupille *immobile* et *très-dilatée*, tandis que tous les auteurs

ont noté un resserrement de la pupille comme dans l'observation ci-dessus, d'autant plus grand que la maladie est plus aiguë.

2.) *Iritis.*—M. Heydenreich, d'Ansbach, a traité des métamorphoses des parties internes de l'œil qui sont susceptibles de revêtir la forme de l'iritis chronique. (V. *Ammon's Monatsschrift*, n° 1, 370.) Ses remarques viennent à l'appui de celles de M. d'Ammon, p. 17, 18, 44 de sa *Dissert. de iritide*, dont M. Fallot a rendu compte dans le tome II des *Annales d'Oculistique*.

3.) *Inflammation de la membrane de Descemet.* — M. le professeur Rau, de Berne, a publié une intéressante monographie de cette affection. (V. *Ammon's Monatsschrift*, II, *Annales d'Oculistique*, III, p. 36. *Encycl.*, 4e série, vol. I, p. 179.)

B. *Ophthalmies spécifiques.*

M. Velpeau a combattu dans un long mémoire inséré dans les *Annales d'Oculistique* (vol. IV), la théorie de la spécificité des ophthalmies. Il s'est occupé depuis (ibid., V, liv. 2), *de la manière d'interpréter le langage des auteurs concernant ces ophthalmies.*

M. Ch. Canstatt (ibid. III, avril 1840) est entré dans de savantes considérations sur le caractère de la spécificité ; « ce caractère ne résulte pas uniquement d'un symptôme, mais bien, 1° de la spécificité des causes morbides prédisposantes ; 2° de l'affinité spécifique de l'action de ces causes pour un organe ou un tissu déterminé ; 3° de la réaction spécifique des fonctions conservatrices de l'économie, réaction déterminée par l'individualité de l'organisme ; 4° de la spécificité du développement, de la marche et des terminaisons de la maladie ; enfin 5° du mode spécifique de traitement adopté contre l'altération morbide. »

M. Furnari (*Traité prat. des maladies des yeux*, 1841. p. 123), pense qu'entre les hommes qui admettent les ophthalmies spécifiques sans restriction de nombre et de forme, et ceux qui les rejettent complétement, il existe un milieu qui se rapproche bien plus de la vérité, c'est de n'admettre comme spécifiques que les ophthalmies dont les caractères sont non-seulement bien tranchés, mais encore toujours identiques. Ces caractères, on les trouve, dit-il, dans les affections *catarrhales*, *scrofuleuses*, *syphilitiques*. — Pour les affections *goutteuse* et *rhumatismale* et leurs différentes divisions et subdivisions, M. Furnari (p. 124) ne voit là que des hypothèses que rien ne justifie. — Quant aux ophthalmies *morbilleuses*, *impétigineuses*, *varioleuses* et *scarlatineuses*, « elles ne constituent pour lui que « des formes plus ou moins développées d'une con- « jonctivite simple, sur la formation de laquelle il « a signalé des affections dermoïdes aiguës ou exan- « thématiques. (??) » Il n'y aurait, dit-il, aucune différence entre une conjonctivite morbilleuse, scarlatineuse, rubéolique et varioleuse, *si, dans quelques circonstances, il ne se manifestait sur la conjonctive des pustules de variole ;* et si, dans son livre, il s'occupe de cette variété en particulier, *c'est qu'elle nécessite un traitement spécial*, destiné à faire avorter les pustules qui se forment sur l'œil. »

1.) *Ophthalmie catarrhale des armées.*— Une foule d'écrits ont paru dans ces dernières années sur cette affection que les médecins militaires belges ont étudiée avec un soin tout particulier.

Une notice de M. Cunier, sur les *Nouvelles Recherches pathologiques* de M. Fallot (*Ann. d'Oc.*, I, p. 44), a donné lieu à une polémique entre ce médecin et feu Eble (*ibid.*, I, 121, 168); le débat a eu pour résultat de bien fixer le sens à attacher au mot *catarrhal*. Une analyse des *Considérations pratiques* de M. Hairion a été donnée par M. Decondé (*ibid.*, I, p, 492). Un rapport de M. Caffe *au ministre de l'agriculture et du commerce en France, sur l'ophthalmie de l'armée belge*, a été soumis à l'Académie de médecine de Paris. Le rapport de M. Bouvier (Ann. d'Oc., II, 123), et l'œuvre de M. Caffe, ont été commentés par M. Loiseau (IV, p. 41) et par M. Decaisne (V, p. 105). Le médecin parisien a cru devoir réclamer contre la critique de ses deux confrères belges (IV, p. 98 ; VI, p. 77).

Deux monographies complètes de notre mal d'yeux ont vu le jour en Autriche ; l'une est due à Eble (*Die sogenannte contagiôse oder ägyptische Augenentzündung*, Stuttgart, 8°), l'autre à M. le docteur Piringer, de Gratz. M. Fallot a publié une longue analyse de cette dernière production (*Ann. d'Oc.*, V, p. 73) ; il nous a aussi fait connaître une brochure de M. Jaeger, publiée par ordre du gouvernement autrichien (*ibid.*, III, p. 221).

En Hollande, MM. Kerst (voir *Ann. d'Oc.*, I, p. 498, l'analyse de M. Decondé), Snabilié (1) et Gobée (2) ont exposé le résultat de leurs recherches.

M. Giacomo Mitterer a présenté comme thèse inaugurale, à la Faculté de Pavie, une *Dissertatio de ophthalmia ægyptiaca.*

En Russie, M. Florio a publié une brochure intitulée : *Monografia Glaznoi bolezni,* qu'il a enflée depuis, et fait paraître à Paris en un volume in-8° de 320 pages : *Description historique, théorique et pratique de l'ophthalmie purulente*, dont M. Gouzée vient de donner l'analyse (Ann. d'Oc., VI, liv. 3). M. Urbain nous avait déjà parlé de ce livre (*Ibid.*, VI, p. 50).

M. le docteur Werneck, médecin militaire de première classe à Salzbourg, a adressé à M. Cunier une lettre sur les discussions auxquelles a donné lieu l'épidémie ophthalmique de Klagenfurth ; un extrait, reproduit dans cette lettre, d'un travail écrit en 1824 par le savant ophthalmologue autrichien, a été communiqué par M. Cunier à la Société de médecine de Gand, qui en a ordonné l'impression dans ses *Annales* (vol. V, p. 329). Voici le rap-

(1) *Bydragen tot de kennis der heerschende oogziekte in het Nederlandsch leger.* Breda, 1840.

(2) *Klinische Bijdragen tot de Theorie en Praktijk der Genees-en Heelkunde.* — La partie de ce livre qui a trait à l'ophthalmie militaire a aussi été publiée en allemand par M. Gobée, sous le titre de : *Die sogenannte aegyptisch-contagiöse Augenentzündung, mit besonderer Hinweisung auf ein neues Curverfahren.* Leipsig, 1841.

port fait par M. Dumont (*Bulletin*, V, p. 126) sur cette communication :

« Parmi les nombreux mémoires dont l'examen a été confié à votre commission sur l'ophthalmie militaire, il en est peu d'aussi intéressants que celui que vient de vous présenter M. le docteur Werneck, de Salzbourg. Sous le titre modeste de *Considérations détachées sur l'ophthalmie contagieuse*, l'auteur examine à fond tout ce qui a été dit sur la grande question de l'origine de cette maladie ; il met en parallèle les arguments de ceux qui veulent la faire dériver de l'expédition d'Egypte par les armées française et anglaise, et ceux que leur opposent les partisans des causes générales communes à tous les climats. De cet examen comparatif résulte pour le docteur Werneck la conviction que cette ophthalmie n'est pas une affection catarrhale revêtant un caractère malin sous l'influence des causes spéciales dans lesquelles se trouvent placées les armées, mais bien une maladie particulière, essentiellement différente de toute autre espèce d'ophthalmie, et dont la filiation peut toujours être rattachée à ces terribles épidémies qui ravagèrent de tous temps le sol de la féconde Egypte.

« Avant d'arriver à cette conclusion, l'auteur examine successivement sept points différents. Sur la question de savoir si l'ophthalmie militaire était connue en Europe avant l'expédition des armées dans l'Orient, il prouve, par l'examen de toutes les épidémies d'ophthalmies décrites par les anciens et les modernes, depuis Hippocrate, Julien, Xénophon, etc., jusqu'à nos jours, que rien ne démontre la similitude de ces affections avec celles dont nous voyons encore journellement les ravages s'exercer sur la vue de nos soldats.

« Pour M. le docteur Werneck l'ophthalmie militaire ne peut résulter de l'action de causes générales, mais bien d'un *contagium* particulier, auquel il rapporte la symptomatologie toute spéciale de l'ophthalmie égyptienne ; et c'est ainsi, dit-il, que des armées ont été exposées pendant des mois entiers à l'action de causes catarrhales sans qu'il en soit résulté pour elles la moindre épidémie d'ophthalmie ; tandis que, bien nourries, chaudement vêtues et transportées sous le ciel brûlant de l'Egypte, elles en ont presque toujours été atteintes.

« Dans le troisième paragraphe, il examine, sur les pas de Rust, le diagnostic différentiel de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie égyptienne, et fait voir que tant sous le rapport des causes et du développement, que sous celui des symptômes propres, les deux maladies sont essentiellement différentes, et que, si la véritable nature de l'ophthalmie égyptienne est restée si longtemps inconnue chez les Anglais et chez les Français, qui cependant en ont été les premiers atteints, c'est que les médecins de ces deux nations faisaient généralement peu attention à l'état des paupières, véritable terrain où l'ophthalmie égyptienne germe et développe successivement tous ses effets.

« Enfin, le docteur Werneck s'est assuré par l'expérience (l'inoculation) que l'ophthalmie égyptienne est contagieuse à toutes les périodes où il existe une sécrétion, contrairement à ce qui a lieu pour d'autres ophthalmies, qui ne peuvent jamais devenir contagieuses que momentanément et seulement pendant la plus haute période de développement du mal. »

L'histoire de l'affection a été pour M. Decondé le sujet de profondes recherches (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 185, V, p. 141); la similitude entre notre ophthalmie et celle d'Egypte a aussi attiré son attention (*Mémoires du Cercle médico-chirurgical de Bruxelles. Bull. méd. belge*). Notre laborieux confrère a aussi soumis à la Société de médecine d'Anvers deux mémoires sur différentes questions qui se rattachent à la blennophthalmie militaire.

Dans le premier de ces mémoires (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers* 1840, p. 314) il a rassemblé un grand nombre de faits concluants pour la contagion, qui forment le complément des *Expériences* qu'il a publiées dans les *Annales d'Oculistique* (I, p. 393); il a cherché en même temps à spécifier le caractère pathognomonique de la maladie. Ses recherches ont surtout porté sur les qualités des différents mucus virulents, et sur l'altération qu'ils subissent sous l'influence de l'action de diverses substances chimiques.

Ses investigations lui ont appris que le fluide de la gonorrhée est toujours neutre, qu'il soit abondant ou rare, n'importe sa couleur et l'époque à laquelle il est recueilli et l'intensité de l'irritation urétrale; après l'administration du copahu à l'intérieur ou après les injections urétrales astringentes ou irritantes, le liquide est également demeuré neutre; mais il perdait son caractère contagieux sur les yeux immédiatement après cette dernière opération. Quelle que soit l'ancienneté de la maladie, le liquide est toujours contagieux si des injections très-irritantes n'ont été mises en usage.

Le mucus vaginal, quelles que fussent ses qualités physiques, s'est habituellement montré neutre aux réactifs. Cependant, chez une fille publique dont la membrane vaginale, violemment enflammée, fournissait un écoulement opaque, blanc laiteux, celui-ci était acide, et la même acidité a été observée dans un cas de leucorrhée chez une femme enceinte, qui, pendant ses grossesses, avait habituellement un flux assez irritant pour excorier le pénis de son mari.

La matière ophthalmique venant d'ophthalmies purulentes aiguës qui avaient eu une terminaison fatale n'a eu aucune action sur le papier de tournesol ; du mucus purulent ophthalmique recueilli le 5 juin 1838, et qui était acide, l'était encore le 18 octobre 1839; le fluide de granulations inflammatoires recueilli le 15 juillet 1838, était acide et rougissait encore le papier de tournesol le 18 octobre 1839; du fluide de granulations vésiculeuses non-accompagnées d'engorgement des conjonctives palpébrales ni de sécrétion muqueuse, n'avait aucune action sur le papier de tournesol.

Ces divers fluides, mêlés à une solution de sulfate de cuivre, ne se sont nullement altérés; seulement ils sont devenus bleuâtres.—Une solution de chlorure de chaux enlève leur acidité, lorsqu'ils en jouissent. Le mucus perd sa viscosité et se coagule en grumeaux ; ce mélange est insoluble dans l'eau; par une forte agitation, on le divise plutôt qu'on ne le dissout. — Si on les mêle à l'ammoniaque pur, les

fluides deviennent visqueux, filants, demi-transparents. Le mélange est insoluble dans l'eau et adhère fortement aux doigts; — dans une solution de sublimé, une partie se coagule, le reste se dissout, — l'acide acétique dissout les mucus et les transforme en un fluide lympide et transparent, nullement visqueux; — l'acide sulfurique dissout le mucus et le transforme en une matière visqueuse et transparente.

La couleur et l'abondance de la matière sécrétée, sa nature acide, neutre ou alcaline, l'état plus ou moins phlogistique de la membrane sécrétante n'ont eu aucune influence sur la virulence. Le mucus virulent, desséché et conservé sur un verre ou dans des morceaux de drap, possède encore cette faculté après plusieurs années. M. Decondé rapporte deux expériences à l'appui de cette assertion; l'une a été faite le 9 octobre 1839 avec du mucus recueilli sur un soldat atteint d'ophthalmie purulente, le 1er juillet 1838; l'autre le 24 octobre 1839 avec du fluide de granulations inflammatoires, recueilli le 15 juillet 1838.

« Si le principe virulent n'est pas essentiellement volatil, dit M. Decondé, il jouit cependant de la faculté de se volatiliser; c'est ce que prouvent les faits de contagion par la voie de l'atmosphère, mode de propagation considéré comme le plus général par Eble et quelques Allemands et Anglais, M. Gouzée, et aussi par M. Cunier et par moi. »

M. Decondé déduit de ses recherches sur le mucus les conséquences suivantes : 1° il faut guérir le plus promptement possible les gonorrhées, leur matière pouvant tôt ou tard déterminer l'ophthalmie gonorrhoïque; 2° les injections fortes de solution de nitrate d'argent changent la nature de l'écoulement urétral, qui perd immédiatement sa virulence; 3° l'écoulement gonorrhoïque étant le résultat d'une affection plus profonde, plus durable que celui déterminé par les injections, il faut insister plusieurs jours de suite sur ce traitement, car si on désiste trop tôt, l'écoulement reparaît et jouit de nouveau de tous ses caractères; 4° ces conséquences doivent être appliquées au traitement de l'ophthalmie militaire; ce traitement doit être employé avec persévérance et le mal doit être poursuivi jusques dans ses dernières traces. M. Decondé pense que c'est à l'oubli de ce précepte, au renvoi des hommes au corps avec des engorgements qu'il faut attribuer les récidives nombreuses qui ont été signalées chez des hommes revenus des hôpitaux et même des dépôts ophthalmiques (1).

La décomposition que le mucus subit par son mélange avec une solution de chlorure de chaux a engagé M. Decondé à tenter des expériences pour savoir si cette dernière substance ne détruisait point la virulence du mucus. Il a déposé sur la conjonctive des animaux d'abord, puis sur ses propres conjonctives et sur sa muqueuse urétrale, des matières soit gonorrhoïque, soit ophthalmique, préalablement mélangées avec du chlorure de chaux liquide; en aucun cas, il n'y a eu de contagion. Il est bon de dire que, toutes les fois que chez les animaux, chiens et chats, ces matières ont été déposées avant le mélange, la contagion a été observée.

De ces expériences, péremptoires et constantes dans leurs résultats, M. Decondé tire les conséquences suivantes : 1° On pourrait préserver un corps de troupes saines, mis en contact avec un corps infecté, par de simples lotions sur l'œil, répétées plusieurs fois par jour, avec une solution de chlorure de chaux. 2° Il en est de même des recrues à leur arrivée au corps. 3° Les nouveau-nés pourraient être préservés des ophthalmies par des lotions faites dans le vagin de la mère, immédiatement avant le passage de l'enfant. M. Decondé admet, ce que M. Cunier a prouvé (voir plus bas, article *Ophthalmie des nouveau-nés*) que les ophthalmies des nouveau-nés, sans être dues uniquement au contact avec l'écoulement vaginal de la mère, au moment de l'accouchement, naissent néanmoins le plus fréquemment sous l'influence de cette cause (1).

M. Decondé a aussi cherché à apprécier le rôle que peuvent jouer, d'une part, l'électricité ou le galvanisme, et, de l'autre, le passage du chaud au froid, ou un courant d'air vif et froid venant frapper le visage. S'il est d'observation que l'ophthalmie qui nous occupe s'aggrave lorsque l'atmosphère est chargée d'electricité, et lorsqu'en même temps elle est humide, il est bien difficile de placer, par des expériences, des animaux atteints de cette maladie dans les conditions identiques à celles d'une pareille cause. Aussi, comme pouvait le faire prévoir le raisonnement, le contact ni des deux pôles d'une pile galvanique, ni de l'un d'eux seulement, ni des décharges électriques, ni une haute dose d'électricité n'ont modifié en rien la gravité de l'ophthalmie chez des chiens. Il était peut-être aussi difficile de placer un de ces animaux, à l'aide du courant d'air d'un soufflet, dans la condition d'un homme qui reçoit ce qu'on nomme un coup-d'air, et ce mode d'expé-

---

(1) Le mal occasionné par le renvoi de granulés non guéris dans leurs foyers, a été si loin dans ces derniers temps, que M. le ministre de la guerre a dû adresser la circulaire suivante aux généraux commandants divisionnaires, sous la date du 15 novembre 1841 :

« Quelques chefs de corps paraissent avoir interprété dans « un sens trop absolu les instructions qui leur ont été « adressées pour les réductions à opérer dans l'effectif des « troupes en solde, et ils ont renvoyé en congé des hommes « en traitement dans les salles de granulés, avant leur en- « tière guérison.—Les conséquences de cette manière d'agir « pouvant être très-graves (M. le ministre devrait dire : ayant « été très-graves) j'ai l'honneur de vous prier d'inviter les « chefs de corps de la division sous vos ordres, à ne plus « renvoyer à l'avenir, dans leurs foyers, des hommes de la « catégorie précitée, avant qu'ils aient été jugés par les « médecins militaires suffisamment rétablis, quand même, « par suite de cette mesure, l'effectif à garder sous les armes « ne pourrait pas être entièrement réduit au chiffre fixé, « ce dont, le cas échéant, il me serait rendu compte. »

(1) La Gazette médicale de Paris, 1841, p. 235, prête à M. Decondé une opinion qu'il n'a pas; il n'a pas écrit qu'il croyait que l'ophthalmie dont il s'agit reconnaissait uniquement pour cause le contact du mucus vaginal sur la conjonctive du nouveau-né. « Il est de fait, dit-il, que presque toutes les ophthalmies des nouveau-nés sont dues, etc. »

rimentation n'a fourni, comme le précédent, que des résultats négatifs.

Outre la propriété virulente de la matière desséchée et exposée à l'air, M. Decondé admet encore que *le principe contagieux peut se volatiliser et se répandre dans l'atmosphère*. De ces données, il conclut que le principe virulent ophthalmique peut, pour ainsi dire, se récéler dans certains lieux, ou se communiquer par des objets qui ont servi aux malades. Sans nous arrêter aux théories par lesquelles il explique ces deux espèces de contagion, et qu'il emprunte, d'ailleurs, aux théories des contagions pour d'autres maladies, il cite deux faits extrêmment détaillés, et qui sont bien probants en sa faveur : l'un est celui rapporté par le major de Boer, et déjà cité dans un autre ouvrage. (*Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans l'armée, par Fallot et Varlet*, p. 95.) On y voit une ophthalmie intense se déclarer subitement à bord d'un navire, qui avait servi au transport de troupes venant de l'Egypte, et affectées elles-mêmes d'ophthalmie. Le major avait appris de source certaine que, depuis cette dernière circonstance, on avait été obligé de renouveler plusieurs fois l'équipage du navire, à cause des ophthalmies qu'il contractait toujours. Quoique ce fait puisse être soumis à différentes interprétations, on ne peut s'empêcher d'avouer qu'il n'ait une grande valeur.

Le second fait est celui d'un individu porteur d'une ophthalmie de l'espèce qui nous occupe, et qui, de 1831 à 1835, changeant de lieu et de profession, répand dans tous les lieux qu'il habite successivement et communique à toutes les personnes qu'il fréquente la même maladie, propagée encore par les nouveaux infectés.

M. Decondé insiste beaucoup sur la granulation vésiculeuse (les journaux français qui ont parlé de son mémoire ont écrit *vasculaire*) comme caractère essentiel de l'ophthalmie contagieuse. C'est un point qu'a solidement établi Eble, dès 1828. Il en sera question plus loin.

Un second mémoire, faisant suite à de celui que nous venons d'analyser, a été fourni par M. Decondé (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1841). Il rapporte de nouveaux faits à l'appui des opinions relatées ci-dessus : il en conclut :

1° Que le fluide gonorrhoïque, quelles qu'en soient l'abondance, l'ancienneté, l'époque à laquelle il a été recueilli, a paru constamment contagieux et propre à déterminer chez les chiens l'ophthalmie purulente ;

2° Que traité par les injections au nitrate d'argent, ce liquide n'était plus contagieux sur les yeux, immédiatement après cette opération ;

3° Que la matière ne reconvrait le caractère virulent que dans les cas où les injections ayant cessé d'être faites, l'écoulement reparaissait ou persistait;

4° Que le chlorure de chaux liquide, par son mélange avec les mucus gonorrhoïque et ophthalmique, avait aussi la propriété d'en neutraliser la virulence ;

5° Que cette action est persistante et qu'après le dégagement du chlorure, la matière ne devient pas de nouveau virulente ;

6° Que les mucus gonorrhoïque et ophthalmique peuvent impunément être déposés entre les paupières et dans l'urètre, pourvu que cette opération soit précédée ou suivie immédiatement de l'instillation du chlorure de chaux liquide.

M. Decondé a résolu positivement par l'opération suivante, la question du récel auquel le raisonnement seul conduisait. Un linge imprégné de matière purulente depuis quatorze mois a été fixé par ses bords sur l'œil d'un chien au moyen de poix navale et de manière que la pièce imprégnée ne pouvait toucher ni le globe ni les paupières ; le quatrième jour, il existait de petites granulations miliaires enflammées, quoique peu prononcées, mais bien distinctes à l'œil gauche ; elles étaient plus fortes, plus nombreuses et plus distinctes à l'œil droit.

Notre confrère a abordé dans un mémoire que nous trouvons dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1840, p. 122-147) une autre face de la question. Il se pose d'abord cette demande : *La cautérisation de la muqueuse palpébrale au moyen du nitrate d'argent fondu, comment agit-elle ?* « Lorsqu'on cautérise la conjonctive en totalité ou en partie, la surface touchée blanchit immédiatement, il y a escarrification plus ou moins profonde, selon le degré de la cautérisation, et il faut souvent plusieurs jours avant que l'escarre ne soit complétement détachée. Cette opération, lorsque la maladie est profonde et ancienne, doit être fréquemment répétée. Après les cautérisations, et aux endroits seulement où le nitrate d'argent a porté son action, la muqueuse offre une apparence tout autre qu'auparavant ; elle est alors bleuâtre, lisse, resplendissante, nacrée, parcourue par quelques gros vaisseaux bleuâtres, comme ceux qui sillonnent le tissu inodulaire. Du reste, après les cautérisations bien faites, ce tissu qui est de nouvelle formation sans être cependant du tissu inodulaire (nous ne comprenons pas bien. *Réf.*), mais une sorte de lymphe plastique qui s'est rapidement organisée en membrane (1), etc., et est devenue vasculaire ; ce tissu paraît remplir parfaitement les fonctions de la membrane qu'il remplace. Dans les cas légers, et qui, pour guérir, ont été peu ou pas touchés par le caustique, cela ne s'observe pas ; les granulations ne sont pas détruites, elles semblent revenues à l'état rudimentaire, microscopique, dont notre ophthalmie les avait fait sortir. Ceci se remarque encore après les cautérisations fortes sur ces parties de la muqueuse palpébrale qui n'ont pas été escarrifiées par le caustique ; quoique limitrophes du tissu nouveau, ces parties offrent les caractères normaux ; l'action voisine (??) du caustique leur a seulement imprimé une action nouvelle.... Il me paraît donc irrécusable que dans le premier cas il y a eu destruction du tissu par le caustique ; que dans le second, cette destruction n'a pas eu lieu, qu'il n'y a eu que *action dynamique subversive*, c'est-à-dire *substitution*. »

Mais si dans le premier cas la conjonctive se

(1) M. Decondé pouvait s'appuyer ici des assertions de M. Cunier sur l'action chimique des caustiques. (Bull. méd. belge, 1838, 1839 ; Ann. d'Oc. passim.) M. Cunier a écrit ce que M. Decondé avance, et il n'est point cité par lui.

trouve remplacée par un tissu de nouvelle formation, différant physiquement du primitif, l'organisation en pourra différer aussi ; les éléments propres à la manifestation de l'ophthalmie pourront ne plus s'y trouver, et partant l'ophthalmie militaire, granuleuse et purulente, sera dans l'impossibilité de s'y développer. M. Decondé cite à l'appui de son assertion quatre expériences instituées sur des chiens. —Il donne la préférence, comme méthode thérapeutique des granulations, à la cautérisation, sur l'excision qu'il rejette complétement. Cette dernière a cependant ses indications spéciales ; pour ce qui est de la première, on est revenu considérablement de ce que l'on a avancé au sujet de ses vertus héroïques. — M. Decondé jette ensuite un coup-d'œil sur les opinions accréditées sur la nature des granulations; il répète, ce qu'il avait dit ailleurs, que la granulation *vésiculeuse* est le *signe constant du mal*, tandis que la *sarcomateuse* est le résultat de la dégénération, de l'hypertrophie des papilles.

Partant de ces règles, 1° que par les cautérisations l'on rend désormais l'ophthalmie granuleuse impossible ; 2° que le globe oculaire de l'homme ne présente jamais de granulations, mais que celles-ci bornent exclusivement leur siége aux paupières mêmes; 3° que par les injections avec le nitrate d'argent, à doses élevées, dans le canal de l'urètre des gonorrhoïques, on change la nature de cette affection ; il propose comme le meilleur traitement à instituer dans l'ophthalmie des armées la méthode ectrotique d'après la règle de M. Kerst (*Ann. d'Oculist.* I, p. 498), modifiée en ce sens qu'il conseille de ne toucher que la conjonctive palpébrale seule jusqu'au fond du repli, et de laisser intacte la conjonctive oculaire.

Des recherches sur l'état des conjonctives après la guérison des granulations par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, ont aussi été entreprises par M. Gouzée (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1840). Notre confrère rapporte le fait que nous allons faire connaître, à l'appui des deux propositions que voici : 1° La cautérisation répétée et profonde fait remplacer la muqueuse palpébrale par un tissu inodulaire, présentant une toute nouvelle organisation ; 2° ce tissu devenant un champ impropre au développement des granulations, l'ophthalmie purulente et granuleuse est désormais dans l'impossibilité de s'y établir.

Obs. — Un militaire guéri de granulations par la cautérisation, au dépôt de Namur, contracta une ophthalmie gonorrhoïque à la suite d'un écoulement urétral léger et indolent. La purulence de l'œil gauche était légère ; il y avait absence de gonflement à la paupière inférieure, et peu de tuméfaction à la paupière supérieure ; au reste, pas de chémosis. La face postérieure de la paupière inférieure était restée d'un blanc nacré comme celle de l'œil sain. M. Gonzée n'explora pas la même région de la paupière supérieure, de crainte de fatiguer l'organe. Bien que cette ophthalmie se présentât sous une forme assez bénigne, des déplétions sanguines, tant générales que locales, furent largement instituées et secondées par les révulsifs internes et externes ; malgré ce traitement énergique, la cornée se ternit et présenta, dès le quatrième jour, les signes d'un ramollissement irremédiable.—Malgré toutes les précautions prises pour préserver l'œil droit, celui-ci se prit à son tour le cinquième jour. La paupière supérieure et la conjonctive scléroticale présentèrent un peu de gonflement et la paupière inférieure resta complétement saine. Même traitement que pour l'autre œil ; un ulcère s'établit sur la cornée.

En explorant la paupière supérieure, M. Gonzée découvrit de fortes granulations rouges et aplaties sur la face postérieure de ce voile. — Ces granulations disparurent avec la purulence sous l'influence de cautérisations répétées tous les deux ou trois jours ; au bout de six semaines de traitement, il ne resta qu'un faible obscurcissement de la cornée à gauche, et un léger leucome à droite.

M. Gouzée fait remarquer l'inefficacité dans cette circonstance du traitement antiphlogistique le plus actif; il lui préfère la méthode ectrotique, dont il a retiré depuis les succès les plus marquants. (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 149, V, p. 193.)

Nous lisons dans un ouvrage du docteur Hancke (1), médecin de l'armée prussienne, que l'on guérit *sûrement* l'ophthalmoblennorrhée contagieuse, et les ophthalmoblennorrhées en général, ainsi que les affections que l'on observe après elles, au moyen de l'iode et de ses kalis appliqués à l'aide d'un pinceau ou administrés en collyres. Il combat « l'éréthisme lorsqu'il se montre, » et il favorise « les crises par l'intestin et la peau. » M. Hancke est l'ennemi des saignées copieuses et des drastiques. Il cite de nombreux exemples de contagion à distance et par contact. Il admet la division des ophthalmoblennorrhées en trois périodes : hydrorrhée, phlegmatorrhée, pyorrhée.

Les remarques de MM. Plagge et Tobler (*Ann. d'Ocul.*, III, p. 191); Jacquelart, ib id., p. 85); Cunier, Bull. thérap. et Bull. méd. belge, 1838); (*Ann. d'Ocul.*, I, p. 227; II, p. 31, 228; IV, p. 234; V, 25); Hairion (*ib.*, II, p. 63; IV, p. 101), jointes à celles de MM. Fallot (*ib.*, I, p. 49 et 192 VI, p. 5); Wienecke (ib., I, p. 97); Gouzée (ib., I, p. 181 et 34); Lutens (I, p. 199 et 337); *An. de la S. de Gand*, 1838); Spangenberg (*Ann. d'Oc.* I, p. 205); Weiss (*Ib.*, I, p. 256); Fierens (ib., I, p. 259; II, p. 188); Decondé (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1837); Moreau (I, p. 420); Loiseau (*Ann. de la Soc. de Gand*, 1838); Sotteau (ibid. 1839); Chizelle (ibid.); Fromont (*Bull. méd. belge*); constituent avec les travaux dont il a été question ci-dessus, et quelques articles de MM. Van Onsenoort, Ressler (Nederlandsch Lancet); Racmeister (*Hanoversche Annalen*), la littérature de l'ophthalmie militaire pendant ces dernières années, tant sous le rapport historique que sous les rapports diagnostique, étiologique et thérapeutique.

Nous ne parlerons point du rapport mort-né de M. Van Roosbroeck sur le concours de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. (*Ann.* de cette société, 1841.)

---

(1) Ueber das Wesen und die Ursachen der contagiöse Augenblennorhöe, sowie ueber Augenblennorrhöe ueberhaupt. Leipsig, 1840, 8°, pp. 80.

2.) *Opthalmie des nouveau-nés.* — M. Sonnenmayer a traité de cette maladie sous le rapport de l'histoire, du diagnostic, du traitement et de la police médicale. Nous devons à M. Szokalski (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 176) la connaissance de cette belle monographie.

M. le docteur Van Onsenoort a extrait du *The retrospect. of practical Medecine and Surgery for the year* 1840, et fait connaître dans sa *Nederlansch Lancet* (octobre 1840) le fait suivant, observé par M. Walker : « Un enfant de six ans m'est présenté. La mère rapporte qu'au moment de la naissance, les yeux offraient les mêmes phénomènes qu'au moment présent. La maladie s'était développée avant la naissance, car il n'avait existé depuis ni écoulement purulent ni inflammation, ni photophobie. D'un côté la cornée avait entièrement disparu; l'œil était atrophié ; de l'autre côté, la cornée était opaque dans plus de la moitié de sa surface; par sa partie demeurée transparente, on pouvait découvrir une partie de l'intérieur du globe. L'iris paraissait adhérent avec la cornée. La transparence augmenta de plus en plus, et l'état de la vue s'améliora aussi progressivement. »

Si l'on compare, dit M. Walker, cet état de l'œil de l'enfant avec les désordres qui surviennent à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés, on ne peut douter un instant que cette affection n'ait dans le cas présent parcouru ses périodes avant la naissance. Le médecin anglais dit avoir observé plusieurs faits qui militent en faveur de cette opinion. Mais n'est-ce pas une opacité congénitale de la cornée, qui a été rencontrée dans ces cas par M. Walker ? Cet état, comme l'a si bien démontré M. d'Ammon (Monatsschrift, III, liv. 6), n'est qu'un arrêt de développement (1).

M. Aitenberger (*Oesterreich. Med. Jahrb.*) a vu un enfant atteint d'ophthalmie purulente aiguë communiquer son affection à la femme qui le nourrissait.

M. Réveillé-Parise tire les conséquences suivantes de considérations auxquelles il se livre (*Bulletin thérapeutique*, février 1840; *Encycl.*, 4e s., vol. III, p. 382) sur l'ophthalmie puriforme des nouveau-nés :

« C'est une maladie qui doit attirer l'attention spéciale du praticien, sans cependant devoir être mise sur la même ligne que l'ophthalmie gonorrhoïque.

« Les sangsues, les vésicatoires, les topiques émollients, sont en général plus nuisibles qu'utiles dans cette affection.

« Il ne suffit pas, comme le croient plusieurs médecins, d'entretenir les yeux dans un état constant de propreté, en enlevant souvent la matière puriforme, pour guérir cette ophthalmie.

« Les instillations plus ou moins répétées de solution de nitrate d'argent, secondées par quelques doux purgatifs, constituent le moyen de guérison le plus sûr, le plus efficace.

« Enfin, il n'est pas besoin d'élever très-haut la dose de cette substance, puisque deux, trois ou quatre grains par once de liquide suffisent dans la très-grande majorité des cas. ».

M. Breyer a exposé les résultats de la pratique de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, III, p. 215, juin 1840; *Encycl.*, 4e s., vol. II, p. 591), qui se loue beaucoup du nitrate d'argent, mais préfère l'incorporer à l'axonge, et emploie quelquefois une solution concentrée (p. ég. d'eau et de sel d'argent) appliquée au moyen d'un pinceau sur la conjonctive palpébrale.

M. Cunier est revenu depuis sur les bons effets de sa méthode, et a beaucoup insisté sur le diagnostic différentiel des diverses ophthalmies qui atteignent les nouveau-nés. — Ses recherches, rappelées par M. le docteur Hoebeke, dans ses savantes additions à la réimpression du *Traité des Maladies des Enfants*, de Capuron (1), établissent que la plus commune est celle qu'il nomme *leucorrhéique*. Sur 130 cas d'ophthalmie des nouveau-nés, il a constaté 105 fois la leucorrhée chez la mère au moment de l'accouchement, qui avait toujours été lent, et dans lequel la tête était restée longtemps engagée et la présentation avait eu lieu par la face. MM. Eulenburg (*Casper's Wochenschrift*, 1840, n° 36), Cederschjoeld (*Ann. de Gynécologie*, mars 1841, p. 132); Jungmann (*ibid.*, p. 136); Decondé (*l. supra cit*); Durr (*Hufeland's Journal*, 1840), ont recueilli des faits qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Cunier, qui a cru devoir désigner l'affection sous le nom d'ophthalmie leucorrhéïque des nouveau-nés, pour la distinguer de celles dues à d'autres causes, qui affectent les enfants pendant les premiers jours qui suivent la naissance.

Le docteur Durr, de Halle, en Wurtemberg (2), combat ordinairement par les vésicatoires derrière les oreilles, les instillations de solution de sublimé, d'opium et de plomb, ou la pommade de précipité (?) « l'ophthalmie des nouveau-nés qui s'offre souvent sous la forme sub-aiguë chez les enfants dont les mères sont en proie à une dyscrasie scrofuloso-herpétique et qui souffrent de leucorrhée non-syphilitique, mais corrodante (scharfen). » Lorsque ces moyens sont demeurés sans résultat, il fait introduire entre les paupières, une fois par jour, ou de deux jours l'un, gros comme une lentille de la pommade suivante : Pr. Acétate de plomb grains trois, nitrate d'argent fondu deux grains, axonge quatre gros. M. Il prescrit en même temps des lotions souvent répétées avec sublimé gr 1/4, eau ℥j ; il donne à l'intérieur : calomel gr 1/4, rhubarbe gr 1/4—1/2 pro dosi, toutes les deux heures ; il fait placer un vésicatoire perpétuel près de l'œil ma-

(1) Voir Ann. d'Oc., VI, liv. 4, la Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, par M. Fleussu.

(1) Traité des maladies des Enfants jusqu'à la puberté ; par J. Capuron, 4e édition, revue, corrigée et la seule augmentée de l'étude des phénomènes généraux que présente l'examen extérieur de l'enfant, et de la description de plusieurs maladies omises dans les éditions précédentes ; par le docteur Hoebeke. — Bruxelles, Société encyclographique, 1841, in-12.

(2) Hufeland's Journal, mai 1840.

lade. Si la sécrétion purulente diminue et que la maladie revienne à la période d'hydrorrhée, il substitue à l'onguent et à la solution, le collyre suivant : Pr. huile d'amandes douces ʒjS, mucilage de gg. arabique, eau de laurier cérise, de chaque ; ʒjjj laudanum de Sydenh. gut. XV. M. D. S. trois fois par jour 3 à 4 gouttes. jusqu'à guérison complète.

Le docteur Rupp (Rust's Magazin, LV, H. 3) a combattu l'affection qui nous occupe par les sangsues, les collyres du sels de zinc, les lotions avec l'eau tiède ou le thé ; il n'a ainsi que peu amélioré le mal. Il a alors mis en usage une solution de sublimé 1 grain sur 4 onces d'eau; les enfants ont pu de suite ouvrir les yeux à une lumière modérée, et aucun accident n'est survenu chez les nombreux petits êtres qu'il a soignés.

Un enfant nouveau-né était atteint d'une blépharo-blennorrhée traitée par les lotions avec une infusion de camomille, et l'attouchement avec un pinceau chargé de solution de nitrate d'argent; un intertrigo des plis de l'aine s'étant manifesté, le mal oculaire disparut immédiatement, et se montra de nouveau après la répercussion de l'intertrigo. Guidé par l'observation de ce fait, M. Schwarz (*Medezinische Annalen*) prescrivit des onctions dans la région de l'aine avec une pommade émétisée, et l'affection disparut avec la manifestation des pustules, qui furent entretennes durant quelque temps. La guérison se maintint.

3.) *Ophthalmie scrofuleuse.* — M. le docteur V. Stœber (*Ann. d'Oc.*, V, liv. 1 et 2) a exposé son opinion sur la nature de cette affection et a fait connaître les résultats qu'il a obtenus du traitement qu'il a mis en usage dans une centaine de cas qui se sont présentés dans son service à l'hôpital des Enfants à Strasbourg. Il a depuis transcrit une partie de son mémoire, avec quelques modifications, dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (20 octobre 1841); il continue à se prononcer énergiquement contre la méthode antiphlogistique, qui ne doit servir que rarement et par suite d'indications spéciales. — M. Stœber se montre ainsi complétement de l'avis de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 241).

Nos lecteurs ont connaissance des observations de M. Piffard (*Bull. thérap.*) touchant l'emploi intérieur de l'huile de foie de morue dans la maladie qui nous occupe (1). Les essais tentés au dispensaire ophthalmique de Bruxelles sont loin d'avoir confirmé le dire de M. Piffard et de ceux qui ont écrit avant lui sur l'administration de cette huile dans l'ophthalmie scrofuleuse.

M. Négrier (*Archives gén. de Médecine*, mai 1841) se loue beaucoup de l'usage des préparations de feuilles de noyer; toujours le mieux a été très-sensible après la première quinzaine. — Le collyre avec l'eau de noyer (2) et l'opium jouit, au rapport de M. Négrier, d'une efficacité très-grande, et le traitement par les préparations de feuilles de noyer a une action plus prompte sur l'inflammation chronique des yeux que sur les engorgements des ganglions lymphatiques.

M. Négrier recommande surtout la persévérance dans l'emploi des remèdes. Voilà qui dit assez que ceux qu'il vante ne sont pas plus héroïques que tant d'autres exaltés et abandonnés tour à tour.

La solution iodurée dont voici la formule est préconisée par le docteur Furnari (*L'Esculape*) : Eau de fontaine 10 onces; iodure de potassium 1 gros, iode 3 grains. Une cuillerée à bouche matin et soir. Il joint à l'usage de cette potion l'emploi des boissons amères et toniques.

La *Revue médicale* a publié un mémoire dans lequel le docteur Payan, d'Aix, signale les bons effets de l'hydrochlorate de baryte dans les affections scrofuleuses. » Si l'on examine avec soin, dit M. Payan, la manière de se comporter des ophthalmies scrofuleuses, on ne tarde pas à reconnaître que s'il en est une variété remarquable par la lenteur, le peu d'activité de ses symptômes, laquelle affecte particulièrement l'appareil oculaire externe, il en est une autre espèce caractérisée par une irritabilité très-vive des yeux, un haut degré de sensibilité de ces organes à l'impression de la lumière, une contraction comme spasmodique des paupières, une sécrétion abondante de larmes âcres et chaudes, et fréquemment aussi un état d'éréthisme général. C'est cette dernière variété d'ophthalmie, que l'on voit assez souvent coïncider avec des caries scrofuleuses, des engorgements glanduleux, des exanthèmes chroniques sur le front, autour des yeux, que je qualifie du nom de scrofuleuse photophobique ou irritative, à cause de ses symptômes principaux, l'aversion excessive de la lumière et la vive irritation de la rétine, symptômes qui sont souvent tellement prononcés que l'on voit les enfants qui en sont atteints (c'est l'enfance qu'elle attaque principalement) s'industrier pour éviter l'impression du grand jour : ainsi les paupières ne sont plus pour leurs yeux des voiles suffisants pour les protéger de

(1) Encycl., 1840, Ann. d'Oc., III, p. 183.

(2) Une poignée de feuilles en décoction pendant 10 minutes dans un kilog. d'eau. — L'infusion se prépare avec une pincée de feuilles découpées dans 250 grammes eau bouillante; on l'édulcore avec le sucre, et on en donne de 2 à 5 tasses par jour.—L'extrait est préparé avec les feuilles de noyer, par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons ; tandis qu'en se servant des feuilles fraîches, il faut alors en préparer en trop grande quantité, et on s'expose à le voir s'altérer.

On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait, en en mêlant 40 centigrammes pour 32 grammes de sirop simple.

« Aux petits enfants, M. Négrier donne deux ou trois cuillerées à café de sirop dans les vingt-quatre heures ; pour les adultes, il n'a jamais dépassé 64 grammes. La dose ordinaire pour ces derniers est de 32 à 40 grammes.

« Les pilules d'extrait de feuilles de noyer sont chacune de 30 centigrammes d'extrait rendu solide pour une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

« Il en fait prendre deux par jour ; il n'a jamais dépassé le nombre de quatre.

son influence; ils les recouvrent encore de leurs mains, ou mieux ils veulent qu'ils soient protégés par d'épais bandeaux; et encore les voit-on souvent se cacher dans les recoins obscurs des appartements, s'enfoncer sous leurs couvertures quand ils sont au lit, etc. Leur physionomie en reçoit même une expression toute particulière, celle que produit une lumière éblouissante qui vient surprendre la vue. C'est encore cette ophthalmie que quelques auteurs, considérant qu'elle apparaît quelquefois, souvent même après des maladies éruptives (variole, rougeole, etc.), ou qu'elle coïncide avec elles (éruptions dartreuses ou teigneuses du front et du cuir chevelu), ont décrite sous le nom d'éxanthématique, tandis que d'autres, confondant des symptômes irritatifs avec des symptômes inflammatoires, ne veulent voir en elle qu'une rétinite. Il nous suffit, en ce moment, de savoir que les vrais praticiens, accoutumés à baser leurs notions pathologiques sur la saine observation, ne mettent aucun doute sur la nature de cette affection, pour être dispensé de réfuter ces deux opinions.

« La marche qu'affecte cette ophthalmie est la chronique; on la voit persister pendant plusieurs mois, quelquefois pendant plus d'une et deux années, et qui ne sait combien elle est rebelle aux médications par lesquelles on la combat ordinairement; combien même sont sujets à s'accroître ses symptômes, en raison presque des traitements employés? C'est que la généralité des médecins, ne songeant qu'à la diathèse scrofuleuse que représente l'ophthalmie, croient à la nécessité de s'adresser aux excitants internes ou externes, qui ne peuvent qu'accroître la surexcitation de l'organisme à laquelle la photophobie se lie intimement. Aussi regardons-nous cette manière de faire comme très-désavantageuse, irrationnelle, et comme une des causes principales de tenacité de cette ophthalmie.

« Ce que nous trouvons alors bien mieux indiqué et plus préférable, c'est de remplacer ces moyens excitants par un régime doux et anti-phlegmasique, par les émollients et surtout par un anti-scrofuleux doué de propriétés anti-irritatives ou hyposthénisantes, c'est-à-dire par l'hydrochlorate de baryte, substance doublement précieuse, en ce que non-seulement par ses propriétés anti-scrofuleuses elle agit sur la spécificité de l'ophthalmie, et la modifie en modifiant aussi la tendance scrofuleuse de l'économie, mais encore parce que par son action contro-stimulante elle est très-propre à calmer l'irritabilité générale des individus atteints de cette ophthalmie. »

M. Payan cite quelques observations à l'appui des bons effets qu'il a obtenus de l'hydrochlorate de baryte; nous en rapporterons une.

« Obs. — La jeune Baptistine, âgée de cinq ans et demi, fut reçue à l'Hôtel-Dieu d'Aix en mars 1836. Depuis six mois, elle était souffrante d'une ophthalmie dont la persistance faisait craindre pour sa vue. Les yeux de la petite malade étaient tellement irritables qu'elle fuyait le grand jour et se couvrait les yeux avec les mains, quand elle ne portait pas de bandeau. Il y avait aussi un spasme palpébral, un resserrement comme convulsif des paupières quand on voulait les entr'ouvrir au grand jour. Mais le soir, au coucher du soleil, ces symptômes s'apaisaient, et on pouvait alors regarder les yeux, dont les cornées, légèrement opalines, étaient tourmentées d'une inflammation chronique: la chassie adhérente vers la base des cils indiquait aussi un peu de blépharite glanduleuse. La conjonctive était peu altérée. La petite malade offrait en même temps des signes d'une excitation fébrile prononcée: ainsi, la chaleur de la peau était accrue, le pouls avait de la dureté et de la fréquence, les lèvres étaient rouges et sèches, et le visage irrité: il y avait soif et rareté des selles. Ajoutons à cela que la jeune fille avait souvent des croûtes vers le front, les tempes, et aux oreilles, et qu'elle avait eu aussi quelques engorgements glanduleux au cou. Elle était, en outre, très-brune et nullement lymphatique.

« Voulant alors m'informer de la nature des soins qui lui avaient été administrés, la mère me fit l'énumération des divers moyens qu'avaient cru devoir employer plusieurs confrères qui l'avaient vue. J'appris ainsi que, pendant longtemps, on avait fait prendre à la jeune malade des infusions de houblon avec le sirop de Portal, qu'une douzaine de vésicatoires au moins, fréquemment excités par la pommade épispastique, avaient été promenés des bras à la nuque, de la nuque aux bras; que des applications de sangsues avaient été aussi faites; qu'enfin on avait fini par conseiller un séton, et que c'était pour éviter ce dernier moyen qu'on venait tenter si, à l'hôpital, on ne pourrait pas, à l'aide de moyens plus doux, obtenir la guérison. Avec ce genre de médications avait été en même temps prescrit l'usage des viandes rôties et du vin pour modifier la constitution sans doute prétendue lymphatique.

« Notre premier soin fut de faire cesser l'état d'éréthisme général qu'avait provoqué un traitement aussi évidemment contraire. Pendant les trois premiers jours, la malade prit trois bains, des lavements, du lait, une tisane émulsionnée. Dès le quatrième jour de l'emploi de ces moyens, la peau avait recouvré de la fraîcheur, l'altération avait cessé, mais la photophobie existait toujours. Nous prescrivîmes alors la potion suivante:

Pr.:	Hydrochlorate de baryte. . . .	2 grains.
	Sirop simple.	6 gros.
	Eau distillée.	3 onces.

« A prendre par cuillerée de deux en deux heures; aliments maigres, abstinence de vin, collyre émollient, lait et lavements au moins de temps en temps.

« L'hydrochlorate de baryte fut continué pendant vingt-deux jours. La petite malade en prenait vers la fin jusqu'à 20 grains dans sa potion. Tous les deux ou trois jours on augmentait d'un grain.

« Nous ne le suspendîmes vers la fin que parce que la guérison était obtenue. La malade pouvait alors sortir sans bandeau et ouvrir les yeux au grand jour. Tous les symptômes ophthalmiques, excepté une légère sécrétion de chassie, avaient disparu. Des taches superficielles, signes des kératites qui avaient à plusieurs reprises assailli les cornées, gênaient un peu la vision. Elles paraissaient de nature à se dissiper par l'absorption active du jeune âge.

« Sans vouloir décrire ici minutieusement ce qui fut chaque jour observé pendant l'usage du remède, je me

contenterai de déclarer que, quoique je l'eusse porté à une dose bien plus forte qu'on ne le conseille généralement dans les formulaires, aucun signe d'accident gastrique ne se manifesta; c'est même cette tolérance remarquable qui nous porta à augmenter les doses. Il n'y eut qu'un phénomène qui devenait de jour en jour plus apparent, c'était la cessation progressive des symptômes ophthalmiques. »

M. Payan a vu sa méthode du traitement de l'ophthalmie scrofuleuse irritative constamment suivie de succès, excepté chez une fille adulte dont l'ophthalmie, tenant à une suppression menstruelle, ne cessa que lorsque le flux périodique de l'utérus eût repris son cours.

Il a soin de faire remarquer, que ce n'est point contre toutes les ophthalmies scrofuleuses indistinctement qu'il recommande le chlorure de baryum. Il limite son emploi aux seuls cas d'ophthalmie scrofuleuse avec prédominance de symptômes irritatifs. Il le regarde, au contraire, comme sans effet dans l'ophthalmie scrofuleuse indolente. Cette différence d'action qu'il établit sur l'observation des faits, explique, selon lui, pourquoi tous les auteurs ne s'accordent pas à admettre les bons effets de ce médicament contre les ophthalmies scrofuleuses : c'est qu'ils méconnaissent cette différence importante.

Le docteur Otto (*Casper's Wochenschrift*) a combattu avec succès l'ophthalmie scrofuleuse par l'administration de l'extrait alcoolique de ciguë, vanté par MM. Kopp. (Ibid.), Cunier (*Bulletin méd. belge*, et *Bulletin thérap.*, 1838). Dans une ophthalmo-blepharo-pyorrhée qui avait résisté durant cinq mois à tous les traitements, M. Gottel (*v. Graefe und. v. Walther's Journal*) a donné avec une réussite complète, l'extrait de ciguë, en commençant par 9 gr. et en augmentant chaque jour d'un grain. La cure était parfaite le quatrième jour.

La conéine a été administrée avec succès par M. Fronmuller (*v. Ammon's Monatsschrift*, LI, 317) dans les cas de photophobie scrofuleuse. Il a prescrit conéine gr un à quatre, sucre blanc 40 grains, mêlez, div. en 8 parties egales, un paquet matin et soir. Ayant remarqué que cette préparation s'altérait tant par la trituration que par le contact de l'air, il lui a substitué la prescription suivante : Conéine deux grains, esprit de vin rectifié un scrupule, eau distillée cinq gros. Conservez dans un vase bien clos. S. 20 à 30 goutt. trois fois par jour.

Dans les cas les plus désespérés, on retire les meilleurs effets, au rapport de M. Erdmann (*v. Graefe und. v. Walther's Journal*) du quinquina donné à l'intérieur sous l'une ou l'autre forme.

La teinture de rhus toxicodendron a été employée (*Casper's Wochenschrift*) par M. Neuhaus, selon le conseil de M. Gescheidt. On en met autant de gouttes que le malade compte d'années, dans 4 onces d'eau, on en donne une cuillerée à bouche toutes les trois heures, et on augmente progressivement la dose. M. Neuhaus dit avoir retiré de cette préparation les meilleurs effets contre la photophobie.

4). *Ophthalmie arthritique.*— Sans vouloir nier l'existence de la goutte sur les yeux, M. Decondé (*Bull. méd. belge*) conteste le diagnostic qui en a été déduit, et n'admet l'existence de cette maladie que lorsqu'il y a concomitance ou imminence de goutte.

5.) *Ophthalmie rhumatismale.* — M. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 241) a retiré de bons effets de l'émétique à haute dose, ainsi que de l'iodure de potassium. Ce dernier agent thérapeutique est vanté par Rees (*The Lancet*, 1840), qui a signalé les mauvais effets de la saignée dans l'iritis rhumatismale.

6.) *Ophthalmie syphilitique.* — Nous mentionnerons ici une observation rapportée par M. Cunier d'ophthalmie vénérienne communiquée à un enfant par une fille présentant des symptômes primitifs de syphilis (*Ann. d'Oculist.*, IV. p. 238). Il existait dans ce cas une ulceration vénérienne de la conjonctive, phénomène excessivement rare. La syphilis affecte rarement une autre partie de l'œil que l'iris. On voit des ulcérations syphilitiques des paupières; M. Sichel (*Journ. des Conn. médicales*, VIII, p. 105) en a vu dans la cornée, M. Snabilié dans la conjonctive ou la sclérotique. M. Sichel a observé sur des syphilitiques qui n'avaient aucune prédisposition lymphatique, des conjonctivites pustulaires, des blépharites pustuleuses, présentant tous les caractères anatomiques de la conjonctivite et de la blépharite scrofuleuses.

M. Flarer a donné l'histoire d'un cas remarquable d'exophthalmie syphilitique guérie par l'eau de Pollini (*OEsterreich. med. Jahrbucher*).

M. Ricord a cru voir, soit dans l'orbite, soit dans la sclérotique, quelque chose d'analogue au sarcocèle syphilitique (1). C'est d'abord un gonflement du périoste orbitaire, puis un épaississement et une induration de la sclérotique qui, comprimant ses vaisseaux et ses nerfs, font éprouver des battements dans l'œil et des douleurs de compression qui s'exaspèrent la nuit. L'œil semble chassé de l'orbite. Il est évident, d'après M. Ricord, que cela tient à l'épaississement du périoste; suivant lui encore, cette maladie aurait été confondue avec l'amaurose syphilitique, ou peut-être même avec l'iritis syphilitique, qui n'est qu'un symptôme secondaire. Malgré toute l'autorité que nous reconnaissons à M. Ricord dans les maladies vénériennes, nous ne pouvons, dit avec raison la *Gazette médicale* de Paris, accorder sans aucune autre preuve que celles données dans son mémoire, le gonflement périostique et surtout le gonflement de la sclérotique et la compression de ses nerfs ; n'y a-t-il pas d'autres tissus qui peuvent se prendre dans la cavité orbitaire, et parce qu'une fois seulement un commencement d'exophthalmie et des douleurs dans l'œil auront disparu par un traitement mercuriel, est-ce une raison suffisante pour admettre une induration syphilitique de la sclérotique et de tout le périoste de l'orbite ? La chose n'est pas impossible, mais il faudrait d'autres faits pour lui donner droit de domicile dans la science, d'autant plus que, sur le seul malade dont parle M. Ricord, le gonflement siégeait d'abord sur

(1) Bulletin thérapeutique, 1841 ; Encyclog. 1841.

le frontal, puis sur l'arcade sourcilière, et se propageait *probablement* dans l'orbite, puisque, dit l'auteur, le malade y éprouvait des douleurs, et était complétement amaurotique.

a. Iritis syphilitique. — L'iritis syphilitique est, à bien des titres, l'une des formes les plus curieuses et les plus intéressantes de la syphilis constitutionnelle. M. Sichel en a donné dans son *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose* (1837, p. 426-456), une description détaillée, qu'aujourd'hui encore, après trois années de nouvelles observations, il croit parfaitement exacte, malgré ce qu'en ont dit quelques auteurs qui ne veulent point admettre que les caractères anatomiques de cette phlegmasie aient quelque chose de caractéristique. Cet ophthalmologue a pensé qu'il ne serait pas inutile de faire connaître (*Journ. des connaissances médicales,* décembre 1840, janvier 1841) quelques observations authentiques d'iritis syphilitiques, reconnues pour telles à leurs *caractères anatomiques* et *par la simple inspection de l'œil,* et d'examiner quelles sont les raisons pour lesquelles certains écrivains refusent de reconnaître que cette affection se distingue par des symptômes locaux particuliers. M. Sichel rappelle succinctement ces caractères :

« 1° La décoloration de l'iris a quelque chose de particulier; cette membrane prend quelquefois dans toute son étendue, mais toujours dans son petit cercle, une teinte d'un rouge cuivré ou une couleur violacée.

« 2° Ce même petit cercle se gonfle beaucoup plus que dans les iritis d'autre nature; il semble comme épaissi par une couche tomenteuse ou floconneuse. Parfois le changement s'étend au grand cercle. Ces deux caractères, dus à une vascularité particulière du petit cercle de l'iris, sont *constants;* ils débutent d'ordinaire dans la partie supérieure interne du petit cercle iridien, et plus tard encore, quand la maladie est arrivée à son summum d'intensité, ils restent plus marqués dans la partie supérieure interne de l'iris et surtout de son petit cercle.

« 3° La partie supérieure interne de la pupille prend une forme anguleuse ; elle est tiraillée en haut et en dedans, et quelquefois pointue dans cette direction. Souvent on peut reconnaître que ce phénomène est dû à des adhérences peu étendues entre la partie supérieure interne de la marge pupillaire et la partie correspondante de la cristalloïde, et produites par un dépôt de matière fibro-albumineuse. Ces adhérences se trouvent souvent placées des deux côtés à la base du triangle formé par la partie supérieure interne de la pupille, qui est devenue immobile, tandis que dans tout le reste du pourtour pupillaire, la forme et la mobilité normales de cette ouverture sont conservées; par suite du tiraillement de sa partie supérieure en haut et en dedans, toute la pupille peut prendre une forme ovalaire de dehors en dedans et de bas en haut. Si l'on ne peut expliquer pourquoi le travail phlegmasique est plus fortement prononcé dans la partie supérieure interne de la membrane malade pour laquelle il semble marquer une certaine prédilection, ni pourquoi il y produit plus fréquemment des adhérences, de préférence à toutes les autres parties, il ne faut pas rejeter pour cela ces symptômes constatés par une observation répétée et fort exacte; on n'explique pas mieux la couleur particulière des syphilides de la peau, ni la prédilection de la syphilis constitutionnelle pour les os, ni la raison pour laquelle elle affecte l'iris plutôt que la choroïde, malgré la texture semblable de ces deux membranes.»

M. Sichel n'a jamais prétendu que cette déformation pathologique de la pupille fût constante, mais elle existe dans la majorité des cas ; il n'a pas dit davantage qu'il y attachait une importance absolue, car les deux premiers caractères suffisent parfaitement pour assurer le diagnostic. Il s'est borné à dire qu'il serait bon de noter et d'observer le phénomène, à cause de sa fréquence. En outre, quand il manque, la décoloration et l'aspect tomenteux de l'iris, surtout dans son petit cercle, sont plus marqués dans ses parties supérieures interne ou externe, dans lesquelles, ainsi qu'il a été dit plus plus haut, la maladie débute le plus souvent.

« 4° Quelquefois on voit se former sur l'iris, le plus souvent sur le petit cercle, surtout dans sa partie interne, des élévations larges de deux à trois millimètres, et même davantage, arrondies, hautes d'un ou tout au plus de deux millimètres, d'une teinte jaunâtre, recouvertes à leurs circonférences, et quelquefois même dans toute leur étendue, de vaisseaux d'un rouge sombre qui leur donnent le même aspect cuivré et tomenteux qui a été signalé ci-dessus dans le petit cercle. On a comparé ces élévations particulières du tissu de l'iris à des condylômes.

« Ces deux derniers caractères sont moins constants que les deux premiers, mais ils existent, le troisième dans la majorité des cas, le quatrième dans un très-grand nombre. Ils surviennent d'ordinaire plus tard que les premiers.

« Cette iritis est toujours un signe de syphilis constitutionnelle secondaire ou tertiaire. Toutes les fois que l'on trouve les caractères anatomiques exposés par M. Sichel, le malade a eu des ulcérations primitives chancreuses. Tantôt l'iritis remplace à elle seule une syphilis constitutionnelle secondaire ; tantôt elle a été précédée de syphilides de la peau, de bubons, ou d'autres symptômes de syphilis secondaire, et constitue ainsi une syphilis tertiaire, qui peut être accompagnée d'autres symptômes, tels que, p. e., des chancres de l'arrière-gorge. On trouve toujours que l'affection primitive a été négligée totalement ou traitée insuffisamment.»

M. Sichel fait suivre ce résumé succinct des symptômes de l'iritis syphilitique, de quelques observations détaillées et authentiques, pouvant servir de pièces à l'appui.

Bien que le savant oculiste parisien ait reconnu que la forme particulière de la pupille n'est pas un symptôme aussi invariable que les autres, il possède cependant, comme nous, des observations authentiques, dans lesquelles ce caractère survivant à la phlegmasie spécifique, lui a servi à diagnostiquer positivement la nature et la cause de la maladie par la simple inspection de l'œil. A deux observa-

tions de cette espèce qu'il a publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* (1833 n° 33), M. Sichel en ajoute deux nouvelles auxquelles nous pourrions en joindre quelques-unes, tirées de notre pratique; la première est rédigée par le malade lui-même, médecin fort distingué : le traitement dirigé d'après le diagnostic et les indications fournies d'abord par les seuls caractères anatomiques, et confirmé par le commémoratif, lui a rendu l'usage d'un œil regardé par lui-même comme irrévocablement perdu, après les traitements les plus variés.

Si des auteurs, fort recommandables d'ailleurs, n'ont pas reconnu les caractères anatomiques de l'iritis syphilitique, cela ne tient-il pas, dit M. Sichel, à ce qu'ils ont cru que toute iritis, survenue par des causes accidentelles chez un individu affecté autrefois de syphilis, devait nécessairement prendre la forme et l'aspect de l'iritis syphilitique, tandis qu'on doit raisonnablement s'attendre à ne les trouver que là où la syphilis a été incomplètement éteinte ?

Parmi les objections qu'on a élevées contre la réalité des caractères anatomiques de l'iritis syphilitique, on a insisté sur les suivantes : quelquefois, dans l'iritis syphilitique des deux yeux, une pupille devient angulaire en haut et en dedans, tandis que l'autre présente une inégalité de forme sur un autre point de sa circonférence, et est tiraillée dans une autre direction ou même conserve sa forme régulière. A cela M. Sichel répond en répétant qu'il n'a jamais regardé cette difformité comme un signe pathognomonique constant; il ajoute que l'iritis syphilitique affecte plus souvent un seul œil que les deux yeux ensemble, et que dans les cas où tous deux sont atteints à la fois, la maladie débute à une période différente dans l'un et dans l'autre. Or, le caractère syphilitique de l'iritis ne se développe pas de prime abord, mais devient manifeste quand elle a existé un certain temps. Dans le commencement, l'iris est simplement décoloré, sans être ni d'une teinte cuivrée, ni d'un aspect tomenteux. La pupille reste ronde, mais plus ou moins immobile et resserrée. Ces symptômes communs de l'iritis se développent ainsi sous l'influence d'une cause irritante locale, telle que l'introduction d'un corps étranger dans l'œil, un travail fatiguant, une lumière vive, la chaleur du foyer surtout, et le plus souvent un coup d'air. Quand par suite de cette irritation locale l'iris a présenté pendant quelque temps les caractères de son inflammation simple, si le malade a été autrefois affecté de syphilis insuffisamment combattue, l'organe enflammé devient un centre d'attraction pour l'iritis syphilitique. De cette manière toute iritis peut se changer en iritis syphilitique, et ce n'est qu'alors que les caractères spéciaux apparaissent et viennent se joindre aux symptômes déjà existants. Ainsi l'iris prend la teinte cuivrée, et se recouvre d'une couche tomenteuse plus ou moins élevée; plus tard encore la pupille, le plus souvent change de forme; elle devient anguleuse et pointue en haut et en dedans; elle est tiraillée vers cet endroit où l'iris devient plus étroit, et elle présente alors, en général, un ovale dirigé de bas en haut et de dehors en dedans. Ces changements survenant à des périodes inégales dans les deux yeux, il n'y a rien d'étonnant de les trouver développés à un œil et non encore dans l'autre. Si alors on ne combat pas la syphilis et si l'on se borne à un traitement purement antiphlogistique, on verra, *en ne perdant pas de vue* le malade, les mêmes phénomènes se développer dans l'autre iris. Quelquefois on est assez heureux pour les faire avorter ou pour empêcher leur développement dans le second œil, en mettant immédiatement en usage un traitement antivénérien et antiphlogistique très-énergique. M. Sichel a fait toutes ces expériences et essayé, tantôt les différents modes de traitement, tantôt l'expectation, et toujours il a obtenu les résultats qui viennent d'être indiqués, circonstances qui ont dû naturellement fortifier sa conviction.

M. Velpeau a combattu, aussi dans le *Journal des connaissances médicales* (février 1841, Encycl., 4e série, vol. VI), les idées emises dans le mémoire de M. Sichel. Il tire de quelques observations qu'il rapporte cette conclusion que, « *les signes imaginés par certains auteurs pour diagnostiquer l'iritis syphilitique sont de pures créations de l'esprit, et qu'à l'aide d'une certaine médication il est toujours possible d'éteindre rapidement l'iritis aiguë.* »

Selon lui, il est inexact de dire que dans l'œil la syphilis affecte presque exclusivement l'iris. « On sait, ajoute-t-il, que la syphilis constitutionnelle ne revêt presque jamais la forme d'inflammation aiguë. S'il est vrai que l'anneau sclérotidien soit souvent d'un rouge pâle briqueté (Weller), il l'est également que ce cercle revêt quelquefois, dans les diverses sortes d'iritis aiguë, une couleur rouge très-vive. Quant à dire, qu'il s'avance jusque sur le contour de la cornée sans le dépasser (Stœber), j'ajouterai que ceci n'est ni constant ni propre à l'iritis syphilitique. La couleur cuivrée de l'iris, les flocons qui flottent sous forme de franges roussâtres à la circonférence de la pupille, les espèces de végétations ou de petits polypes observés au fond de la chambre antérieure (?), tout cela semblerait plus concluant; mais ce n'est guère que dans l'iritis chronique qu'on les observe; et encore n'est-il pas sûr que ce soient des symptômes exclusivement propres à l'iritis syphilitique. Les petites masses polypiformes elles-mêmes pourraient bien n'être que d'anciennes concrétions fibrineuses ou plastiques, vascularisées par suite d'une vive inflammation quelconque. La teinte, la coloration en jaune, en rouge cuivré, auraient donc seules ici une véritable valeur, lorsque les douleurs ostéocopes du front ou des membres mentionnées par quelques auteurs, ou des symptômes évidents de syphilis dans d'autres régions, ne sont pas là pour éclairer le diagnostic. Je répète que tout ceci n'est d'ailleurs applicable qu'à l'iritis chronique. »

Pour M. Velpeau, il n'y a aucun rapport entre les formes que peut revêtir la pupille et les diverses causes de l'iritis.

Une iritis aiguë étant donnée, rien, selon lui, dans ce qu'en ont dit *certains oculistes*, n'autorise à distinguer celle qui est syphilitique de celle qui ne l'est pas.

b. Ophthalmie blennorrhoïque. — La méthode ectrotique qui a valu de si beaux résultats à

M. Gouzée (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 149, V, p. 193) trouve un partisan en M. Ricord (*Bull. thérap.*, février, p. 132). Si une première cautérisation ne suffit pas, il y revient le soir, le lendemain, jusqu'à « ce qu'enfin on n'ait plus que l'inflammation du nitrate d'argent. » Pour prévenir les inflammations profondes du globe, M. Ricord a recours, suivant l'indication, aux saignées générales, aux révulsifs, etc; il trouve la saignée locale très-utile, mais les sangsues ne doivent pas être appliquées à la tempe, derrière l'oreille, près de l'aile du nez. Appliquées sur les paupières, elles produiraient « une congestion sanguine qui occasionnerait l'ecchymose des paupières. Dans l'intervalle des cautérisations directes si on est obligé de les renouveler toutes les trois ou quatre heures, on injectera quelques gouttes d'une solution de 15 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 40 grammes eau distillée. On pourra augmenter, au besoin, la dose du nitrate d'argent. » — M. Ricord fait injecter entre les paupières de l'eau de pavots, tenir en permanence sur l'œil des compresses imbibées de ce liquide, pratiquer des frictions autour de l'orbite avec onguent mercuriel et extrait de belladone, ana parties égales.

M. Van Onsenoort nous a appris (*Nederlandsch Lancet*, vol. II, p. 487), que la méthode ectrotique est aussi celle de Guthrie, qui donne en même temps à l'intérieur les *blue-pills*.

On trouve dans les *Annales d'Oculistique* deux faits rapportés l'un par M. Noppe (III, p. 79), l'autre par M. Cunier (IV, p. 238), qui prouvent que les mêmes résultats dus à la cautérisation avec le crayon de pierre infernale peuvent être obtenus par la solution concentrée de nitrate d'argent, qui est infiniment plus facile à manier que le crayon.

Une observation d'ophthalmie évidemment métastatique d'une blennorrhagie urétrale est rapportée par M. Marquand dans le *Journal des Connaissances médicales* (février 1841). (*Encyclog.*, 4e s., vol. V, 578.)

M. Decondé, qui a publié (*Ann. d'Oculist.*, vol. I, p. 341) un mémoire sur l'ophthalmie qui nous occupe, s'est attaché dans un travail communiqué au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles (*Bulletin méd. belge*, sept.), à faire ressortir les caractères qui la rapprochent de l'ophthalmie des armées. » Il attribue une très-large part à la gonorrhée dans la production de l'ophthalmie en Egypte, et il croit qu'il s'y montre beaucoup de cas d'ophthalmie blennorrhagique. » Il ne considère cependant pas le flux urétral comme source unique du mal.

Le docteur Haun, de Juliers (*Medic. Zeitung*, n° 52, 1840), a vu une ophthalmie gonorrhoïque, promptement destructive, se déclarer chez un soldat qui s'était lavé les yeux, quelques heures auparavant, dans l'eau qui avait servi à nettoyer l'œil d'un militaire pris de ce mal.

7.) *Ophthalmie intermittente.*— Les *Annales de la Société de médecine de Gand* (août 1840), renferment l'observation, communiquée par M. Heyman, d'une conjonctivite qui, cinq fois en quatre ans, affecta un jeune homme. Les révulsifs et les antiphlogistiques n'enrayèrent jamais la marche du mal d'une manière subite; l'œil n'était jamais revenu à l'état normal qu'après une durée de six à sept semaines, et avoir fait beaucoup souffrir le malade. A la sixième atteinte, M. Heyman fut appelé; quoique l'examen de l'œil dénotât un état inflammatoire de la conjonctive, il hésita cependant à avoir recours aux antiphlogistiques, à cause d'une espèce d'intermittence qu'il crut remarquer dans la marche de l'affection; ce doute augmenta quand il considéra le tempérament du sujet, la saison de l'année, le retour constant de l'ophthalmie à des époques fertiles en maladies périodiques, et le séjour assez prolongé que le malade avait fait antérieurement dans les Polders. M. Demuynck, appelé en consultation, reconnut aussi le caractère intermittent et conseilla de recourir sans crainte à l'hydro-ferro-cyanate de quinine. L'intermittence se dessina clairement le troisième jour; en douze jours l'ophthalmie avait cessé sans l'auxiliaire d'aucun moyen local.

Deux faits semblables par leur nature à celui de M. Heyman, ont été rapportés dans ces derniers temps. Dans celui de M. Szokalski (*Ann. d'Oculist.*, vol I, p. 327), il s'agit d'une ophthalmie revenant tous les trente jours; celui de M. Decondé (*ib.*, vol. III, p. 143) a trait à une kératite aiguë intermittente. M. Herschmann (*OEsterreich. med. Jahrbucher*, XXI, liv. 2) a vu une ophthalmie revêtir la forme d'une fièvre intermittente tierce; une semblable affection a été observée par le docteur OEterlen, de Stuttgart (*Med. Correspondenzblatt*, IX, n° 11, 1840).

8.) *Ophthalmie due à l'altération du sang.*—A la suite de la publication dans les *Annales d'Oculistique* (III, p. 137) d'un mémoire de M. C. Canstatt sur les affections pernicieuses des yeux qui sont la suite de l'infection purulente du sang, M. Caffe a adressé au *Journal des Connaissances médicales* une note qu'il termine ainsi :

« Aux opinions de M. Magendie, aux faits et aux développements pleins de logique apportés par M. Canstatt, je crois utile et je demande la permission de rappeler ici ce que je publiai dans une brochure ayant pour titre : *Considérations sur l'histoire médicale et statistique du choléra-morbus de Paris* (*mai* 1832). La description que je donnai du choléra contenait entre autres ce passage : « Les yeux sont enfoncés dans leur orbite; « un cercle livide les entoure. Le globule oculaire « est quelquefois convulsé, renversé en haut et en « arrière. Les paupières ne recouvrent le globe « qu'aux deux tiers; les pupilles sont immobiles, « non-dilatées; la cornée transparente est terne, « opaque; une ecchymose noirâtre se trouve sur la « sclérotique, au bord extérieur de la cornée transparente. *J'ai vu deux cas d'ulcération de la « cornée, avec issue des humeurs de l'œil et « perte de la vision; ces deux malades ont recouvré la santé.* »

« Ces faits très-curieux et qui se passaient à l'hôpital de la Pitié, dans le service dont j'étais l'élève interne et pendant que le choléra sevissait avec la plus grande intensité, je les ai vus se reproduire le 13 août 1837. Lorsque le choléra ravageait pour la

seconde fois la Provence et le Languedoc, me trouvant à l'Hôtel-Dieu de Marseille, je rendis témoin M. Reymond, chirurgien en chef, d'une ulcération de la cornée droite, chez un vieillard, depuis vingt-quatre heures dans la période algide du choléra, et qui succomba quelques heures après. M. Reymond et ceux qui l'accompagnaient me remercièrent de cette observation qu'ils recueillaient pour la première fois.

« Tout le monde sait que l'altération du sang chez les cholériques est des plus prononcées ; il y a donc dans les faits que je rapporte une confirmation de l'opinion que des affections graves des yeux sont consecutives ou accompagnent certaines altérations du sang. »

Des faits de la nature de ceux rapportés par M. Canstatt ont été consignés dans les *Annales d'Oculistique*, II, p. 61, par M. Masius et dans une thèse sur l'ophthalmie puerpérale défendue à Prague. (*Dissertatio inaug. sistens historias sinopticas ophthalmiarum duarum phœnomenis et decursu singularium in clinico ophthalm. Pragensi observatarum* (1).

8. *bis.*) *Ophthalmie des nourrices.* — Nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris* l'analyse suivante d'un mémoire publié (*v. Ammon's Monatschrift.* III) par M. Nasse, professeur à la Faculté de Marbourg.

« Dans ces derniers temps, on s'est surtout rendu attentif aux abcès métastatiques qui suivent les opérations ; l'œil n'en est pas plus exempt que tous les autres organes, et il paraît, d'après MM. Hall, Hingibotton, Moser, Canstatt, etc., que la suppuration des membranes de l'œil, mais surtout de la cornée, n'est pas rare chez les femmes en état de puerpération, et survient à la suite de quelques inflammations du bas-ventre. Tous les cas observés se sont terminés par la mort. (Voir *Canstatt*, l. suprà cit.) Dans ce mémoire, il n'est pas question de kératite maligne, mais d'une autre, guérissable, qui ne survient pas dans les premiers jours de l'accouchement, mais plus tard, chez les nourrices. D'après le professeur de Marbourg, elle n'apparaît que quelques mois après l'accouchement, et même au bout d'un an et demi, si la lactation est continuée aussi longtemps. Elle s'annonce par une irritation et plus tard une injection de la conjonctive oculaire, en prenant la forme catarrhale, et quelquefois aussi vésiculeuse. Parfois la maladie revêt un caractère rhumatismal, ou survient à la suite d'une éruption vésiculeuse de la face. De la conjonctive, l'inflammation passe en peu de temps à la cornée, et est accompagnée de douleurs oppressives et pongitives dans l'œil et au-dessus du bord orbitaire ; ces douleurs ne sont pas toujours très-vives et diminuent bientôt ; la photophobie est en général peu prononcée. La conjonctive est très-rouge et un peu boursoufflée ; la vue est trouble. Dans tous les cas il s'est formé, du troisième au huitième jour de la maladie, un abcès sur la cornée, et ordinairement il ne s'est trouvé que sur un seul œil, tandis que l'autre ne souffrait que peu ou point du tout. A mesure que l'abcès se forme, les symptômes inflammatoires diminuent ; par contre, l'abcès, qui a toujours son siége au milieu de la cornée, gagne en largeur, si on ne l'arrête pas par un traitement convenable; il peut même pénétrer dans la chambre antérieure et y occasionner un hypopion.

« Cette maladie ne paraît pas être liée à une saison particulière de l'année, mais plutôt à une époque de la vie. Les femmes qui y sont les plus sujettes sont celles de 28 à 38 ans, et surtout celles qui ont déjà eu plusieurs enfants. Les scrofules, le rhumatisme, etc., ne semblent avoir qu'une influence secondaire sur cette maladie, qui paraît toujours être précédée d'une grande lassitude et d'un amaigrissement, suite des fatigues de l'allaitement. Les saignées ne sont jamais indiquées ; on retire de bons effets des vésicatoires placés derrière les oreilles, des dérivatifs intestinaux et des diaphorétiques. L'esprit de Minderer, uni aux infusions amères, le vin de colchique, la teinture de gaïac; et, en cas d'épuisement de la malade, le quinquina avec l'acide sulfurique, tels sont les moyens à employer. Ce qui est toujours indispensable, c'est de sevrer l'enfant ou de diminuer l'allaitement; le régime doit être tonique, sans être stimulant. En collyre, on donne la teinture d'opium seule, ou unie à la pierre divine. Deux ou trois semaines de traitement suffisent pour la guérison complète.

Obs. I. — Une femme de 30 ans nourrit depuis neuf mois son premier enfant, qui est très-fort, et ne prend d'autre nourriture que le lait de sa mère. Celle-ci, toujours bien portante, se plaignait depuis seize jours de lassitude, d'anorexie, de chaleur fugace et de céphalalgie ; elle devint de plus en plus maigre ; le pouls était fréquent, petit et faible ; il n'y avait pas de symptômes du côté de la poitrine. Il y a 8 jours, elle fut prise, sans cause connue, d'une ophthalmie très-douloureuse, surtout de l'œil gauche, sur lequel on vit paraître un ulcère de la grandeur d'une lentille ; la conjonctive était rouge et boursoufflée, la photophobie peu prononcée.

Obs. II. — Femme de 29 ans, constitution forte, toujours bien portante, se sentant très-fatiguée par l'allaitement d'un garçon de 15 mois; il y a 9 jours, elle fut prise d'une ophthalmie catarrhale, qui envahit bientôt la cornée et troubla la vue. Les douleurs sus-orbitaires devinrent très-intenses et il se forma au milieu de la cornée un ulcère de trois millimètres, qui perfora presque cette membrane, et produisit une accumulation de pus entre les lamelles.

Obs. III. — Femme de 31 ans, ayant souffert déjà souvent des yeux, surtout pendant l'allaitement. Elle nourrit depuis six mois son troisième enfant ; il y a quinze jours, elle a eu à la face une éruption herpétique qui s'étendait de la lèvre à la paupière droite. L'œil de ce côté s'enflamma ; celui de gauche ne souffrit que fort peu. La photophobie et la douleur n'étaient que peu prononcées, bien qu'il y eût rougeur à la conjonctive. Un ulcère à fond sale s'étendit sur la moitié de la cornée ; le bord palpébral fut un peu excorié.

Obs. IV. — Femme de 38 ans, scrofuleuse dès son enfance, ayant eu de fréquentes blépharites et des ulcères

(1) Voir Ammon's Monatsschrift, III, l'analyse de cette dissertation par M. Warnatz.

superficiels de la cornée; tous les symptômes avaient disparu depuis plusieurs années sous l'influence d'un traitement convenable. Au troisième mois après son cinquième accouchement, l'œil droit, auparavant toujours sain, fut pris d'une ophthalmie étendue avec ulcérations profondes. Les douleurs, surtout le soir, étaient très-fortes, la photophobie peu prononcée; la conjonctive très-rouge; malgré l'état de l'affection, qui laissait peu à espérer pour la conservation de la vue, l'état de l'œil était très-satisfaisant au bout de huit jours. On s'était borné à ne mettre l'enfant au sein que deux fois par jour, et jamais durant la nuit. Au bout de la troisième semaine tous les symptômes avaient disparu, sauf une toute petite érosion de la cornée; alors la femme, sans consulter le médecin, allaita comme auparavant son enfant pendant la nuit; l'ulcère gagna de nouveau en étendue, et ne céda que lorsque le médecin se fut assuré de la cause de la rechute et défendit de nouveau l'allaitement. Dans ce cas seulement, M. Nasse a employé, outre la teinture d'opium et la pierre divine, un peu de sublimé et de sulfate de cuivre.

Obs. V. — Femme de 28 ans, de forte constitution, toujours bien portante, si ce n'est qu'il y a 6 ans, elle a eu une blépharite papuleuse. Elle est accouchée de son quatrième enfant; elle l'allaitait depuis 6 mois, lorsqu'elle fut prise d'une inflammation catarrhale de l'œil droit qui, très-bénigne dans le principe, devint vésiculeuse au bout de quatre semaines. Plusieurs moyens très-rationnels furent employés par son premier médecin. L'inflammation gagna en étendue; les douleurs sus-orbitaires devinrent très-fortes; un ulcère très-large et entouré d'une auréole vasculaire se forma sur le centre de la cornée. L'ophthalmie finit par guérir, mais elle fut suivie de pannus.

Après avoir lu les réflexions et les observations qui précèdent, on serait, au premier moment, tenté de croire que cette ophthalmie des nourrices n'est autre chose qu'une inflammation ordinaire, rhumatismale ou scrofuleuse; mais lorsqu'on voit que les symptômes en apparence les plus graves cèdent aussitôt qu'on sèvre l'enfant et reprennent de l'intensité lorsqu'on met le nourrisson de nouveau au sein, il faut évidemment regarder cette ophthalmie comme étant d'une nature spéciale.

L'auteur cherche à se rendre compte de la cause de cette affection par quelques remarques physiologiques; il pense devoir la rapporter à un appauvrissement du sang; ainsi Mackensie a vu des ulcères augmenter en étendue par les émissions sanguines et s'arrêter dans leur marche au bout de vingt-quatre heures par l'emploi des toniques. Magendie a observé des ulcérations et des perforations de la cornée sur des chiens auxquels on faisait souffrir la faim, ou auxquels on injectait de l'eau et du sérum dans les veines, et en général on observe des kératites ulcéreuses sur les individus épuisés par d'abondantes saignées, des jeûnes prolongés et des suppurations copieuses, et, chose remarquable, ce n'est ordinairement qu'un œil, rarement les deux qui sont en même temps gravement affectés. (Voir *Canstatt*, l. sup. cit.)

Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur l'hypothèse iatro-mathématique par laquelle l'auteur cherche à expliquer comment les globules de lymphe et les disques du sang, venant à être agglutinés par un état particulier du serum, s'arrêtent entre les lamelles de la cornée, distendent celles-ci et produisent l'ulcération.

C. *Lésions organiques, le plus souvent suites de l'inflammation.*

1.) *Ptérygion.*—Le docteur Snabilié a confirmé, dans un mémoire d'ophthalmologie pratique (*Nederlandsch Lancet*) les remarques de M. Cunier sur la nature du ptérygion (*Ann. d'Ocul.*, I, p. 469, *Bull. méd. belge*, 1837).

M. Guépin (*Ann. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Malines*), et M. Chaumet (Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux), ont obtenu des guérisons par l'excision et la cauterisation.

2.) *Excroissances de la conjonctive et de la sclérotique.* — L'observation suivante est rapportée par M. Guépin (*Gaz. méd. de Montpellier*):

Obs.—« Un tourneur de chaises se présente à ma visite et me raconte qu'ayant failli être surpris avec une jeune personne de son âge, un soir qu'il était à fouler les blés avec elle, il se leva précipitamment et fut piqué par une guêpe; que depuis lors, il a toujours souffert dans la partie de la paupière atteinte par l'insecte, et qu'il s'y est formé une tumeur. J'examinai l'œil de ce tourneur et je reconnus un polype pyriforme et aplati; je me préparais à l'enlever; M. Gélée, mon aide, tenait le polype avec des pinces et je relevais la paupière, lorsque la tumeur un peu tiraillée resta aux mains de mon aide. Je l'ai disséquée; elle se composait de deux muqueuses superposées, dont l'une formait la doublure de l'autre, de telle sorte qu'on traversait quatre membranes en la piquant par son milieu.

« Je croyais mon malade guéri, mais il revint le lendemain se plaignant encore de la piqûre de sa guêpe; je relevai la paupière et j'aperçus comme la patte d'une grosse araignée. Je la saisis avec des pinces et je parvins à extraire une portion d'épi de blé longue de plus de deux centimètres et tout à fait noircie. C'était là sans aucun doute la guêpe qui avait piqué notre tourneur de chaises et déterminé la formation d'un polype. »

De Wenzel, M. Lawrence, avaient déjà fait connaître des faits de la nature de celui observé par M. Guépin; on trouve dans les *Annales d'Oculistique* (vol. II, p. 153), l'histoire d'une fille chez laquelle une pareille tumeur avait été déterminée par la présence d'un fétu de paille long de 8 lignes. Cette dernière observation a été extraite par M. Cunier du livre de M. Riberi, *Trattato di Blefarottalmia-therapia operativa.*

L'observation ci-après de M. le docteur Delvigne, de Liége, a paru dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1840.

Obs. I. — Un jeune homme portait dans l'œil, depuis huit mois, une petite tumeur, qui ne causait que la sensation d'un corps étranger.

Le 6 octobre 1839, le jeune malade vint consulter M. Delvigne, qui découvrit sous la paupière supérieure tuméfiée, une tumeur rouge, grenue, spongieuse, adhérente aux deux paupières, et située dans l'angle externe de l'œil. Le chirurgien diagnostiqua une tumeur fongueuse partant de la sclérotique. Elle fut cautérisée avec du nitrate d'argent; mais quelques jours après elle reparut; l'extirpation fut alors décidée. La commissure externe des paupières étant prolongée en dehors, la tumeur fut saisie avec une érigne, et extirpée à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Une portion du cartilage tarse fut enlevée avec elle. Les choses allèrent d'abord fort bien, la plaie de la commissure se réunit, et déjà l'œil commençait à se déterger, quand au bout de trois semaines, la tumeur avait pris le volume d'une noisette, avait déjeté l'œil en dedans, en occasionnant de vives douleurs. Prévoyant que quelques racines du mal étaient restées profondément cachées dans l'orbite, le chirurgien se décida à une opération plus grave que les précédentes Pour bien mettre à nu tout le mal, il ne craignit point de diviser verticalement la paupière supérieure dans toute sa hauteur. La tumeur, alors bien mise à nu, fut détachée de la sclérotique en dedans, de la face externe de l'orbite et de la glande lacrymale en dehors. Après l'opération, tout le côté externe de la sclérotique se trouvait mis à nu : probablement, dit l'opérateur, le muscle droit externe avait été coupé, et cependant il n'y avait pas déviation de l'œil en dedans. La tumeur avait le volume d'une olive; elle était d'une trame cellulo-fibreuse, criait sous le scalpel; à sa surface elle était molle et gorgée de sang, et se laissait aisément écraser sous le doigt. Deux points de suture réunirent la paupière supérieure, et la plaie fut pansée simplement. Le cinquième jour, la suppuration était établie, un petit abcès se montra sur la paupière supérieure, s'ouvrit de lui-même et forma une fistule par laquelle les larmes s'écoulaient. Un stylet boutonné, introduit chaque jour entre l'œil et la paupière supérieure, pratiqua une voie aux larmes, qui cessèrent dès-lors de couler par la paupière. Tout le temps que le malade resta à l'usage du bouillon et d'aliments légers, les bourgeons charnus arrêtés dans leur développement végétèrent; à peine le malade fut-il remis à une bonne nourriture qu'ils s'accrurent rapidement et comblèrent le vide laissé par la tumeur.

La Gazette médicale de Paris, en analysant cette observation, rappelle combien il faut se garder de toucher avec les caustiques aux tumeurs de mauvaise nature quand ces agents ne doivent pas les détruire en totalité. La cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, dont les bons effets n'ont jamais été observés par le chirurgien de Liége dans des cas semblables, ne peut en effet les guérir. Pour peu qu'une masse, qu'une surface cancéreuse, aient d'épaisseur, le nitrate d'argent devient impuissant à en opérer la destruction; cela ne prouve pas l'inefficacité des caustiques, mais cela prouve seulement que le nitrate d'argent est un caustique d'une trop mince énergie pour détruire même un cancer superficiel. Quant à la division de la paupière supérieure, c'est une complication qu'il faut éviter le plus possible en vue de la petite difformité qu'elle laisse toujours, quelque exacte que soit la réunion; mais il est évidemment des cas où une pareille considération est d'un faible poids en présence de la nécessité d'enlever un mal profond.

Les deux faits ci-dessous, cités par M. Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital St-André de Bordeaux (*Journ. de la Soc. royale de méd. de Bordeaux*, 1840), sont remarquables, non-seulement en ce qu'ils montrent, comme celui de M. Delvigne, le manque d'énergie du nitrate d'argent, mais en ce qu'ils établissent la possibilité d'opposer à certaines maladies de l'œil le fer incandescent.

Obs. I.—«Catherine Guimberteau, vingt-deux ans, domestique chez M. de Monchy, rue Gouvion, n° 6, portait une dégénérescence fongueuse au côté externe du globe oculaire gauche depuis plus de quinze mois. Cette tumeur, contre laquelle les cautérisations par le nitrate d'argent, pratiquées maintes fois par deux médecins spéciaux de cette ville, avaient complétement échoué, était, le 30 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, du volume d'une grosse noisette, un peu aplatie, d'un rouge foncé, occupant le quart externe de la surface scléroticale, et s'étendant par un prolongement antérieur sur la cornée transparente, de manière à recouvrir la moitié du champ de la pupille. Non-seulement, comme on le présume bien, cette tumeur gênait déjà considérablement la fonction de l'organe, mais elle causait une difformité repoussante, en tenant constamment les paupières écartées. Du reste, peu de douleurs; seulement, par temps, quelques lancements.

« Cette jeune malade fut soumise à quelques soins préalables et fut opérée le 2 février de la manière suivante :

« Après avoir emporté avec le bistouri convexe les portions les plus superficielles de la tumeur, nous excisâmes avec ménagement toute sa portion cornéale. Le sang qui s'écoulait en abondance nous força plusieurs fois à suspendre l'action de l'instrument tranchant, pour faire faire des ablutions répétées d'eau froide. Enfin, après avoir soigneusement abstergé, fait agir l'instrument en dédolant, nous arrivâmes aux couches les plus profondes, à la sclérotique; mais persuadés que le tissu de celle-ci n'était pas parfaitement sain, nous crûmes devoir recourir à l'action du fer rouge, et deux applications de stylets boutonnés incandescents furent immédiatement faites.

« La douleur, inséparable de l'action du feu, fut combattue par des lotions d'une eau opiacée froide, dont on imbibait des compresses pour recouvrir le front, renouvelées toutes les heures, et l'administration d'une potion avec soixante grammes de sirop d'acétate de morphine. La journée et la nuit qui suivirent l'opération furent assez calmes; toutefois, la saignée générale fut répétée deux fois durant les deux premières quarante-huit heures, et ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours que cette malade commença à s'habituer à l'influence de la lumière.

« En définitive, consécutivement à de légères cautérisations pour réprimer les bourgeons charnus, l'instillation matin et soir du collyre avec l'acétate de plomb, et vers la fin, les instillations du calomel furent faites. Cette malade est sortie le 21 mars, entièrement rétablie. »

Obs. III. — « Ducournau (Anne), soixante ans, du Mont-de-Marsan, entra à l'hôpital le 18 septembre, pour un fongus considérable de l'œil gauche, apparu depuis plus de deux ans, après une inflammation conjonctivale intense. Sous l'influence d'un traitement plus ou moins excitant, la tumeur, d'abord très-petite, s'est successivement accrue, au point que lorsque nous examinâmes cette malade, nous crûmes tout d'abord à une dégénérescence fongueuse du globe oculaire lui-même; mais un examen plus attentif nous fit de suite reconnaître que cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, couchée horizontalement dans l'intervalle des paupières qu'elle tenait écartées, avait sa base en dehors du champ de la cornée, sur la sclérotique, vers le côté supérieur de l'œil, et la cornée n'était totalement recouverte que parce que la résistance de la paupière supérieure, incessamment opposée à cette espèce de champignon vasculaire, le forçait à se porter en bas et en avant.

« Cette malade, dont la santé générale était bonne d'ailleurs, sans autres soins préalables que le repos, la diète et l'usage de la tisane de chicorée, fut opérée le 20 septembre, par le procédé déjà suivi chez Guinberteau, à la seule différence que la dissection de la tumeur fut commencée et terminée avec des ciseaux, et que l'application du fer rouge fut plus étendue et plus durable.

« L'œil fut pansé et fut conduit de la même manière que dans le cas précédent; seulement on n'eut à faire qu'une seule saignée générale, à toucher légèrement les granulations celluleuses pour conduire cette malade à une rapide et parfaite guérison. »

3.) *Xérosis*. M. Rau, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Berne, a recueilli (*v. Ammon's Monatsschrift. — Gaz. Méd.*) les deux cas suivants de xérosis de la conjonctive :

Obs. I. — Un garçon de dix ans, blond, d'un habitus scrofuleux fut apporté en 1836 à M. Rau, pour une affection particulière de l'œil, qui, d'après le dire du père, durait déjà depuis plusieurs mois. Le malade se plaignait d'une sensation désagréable aux deux yeux, qui, sans être douloureuse, le forçait continuellement de les frotter : sa vue était fatiguée par la fréquentation de l'école. L'enfant avait toujours été bien portant, sauf quelques très-légères inflammations des yeux; maintenant ces derniers présentaient les particularités suivantes : la cornée était entourée d'un cercle mat, d'une ligne et demie de largeur et de l'épaisseur d'une carte à jouer; de loin, on aurait pris la maladie pour une opacité sénile En examinant l'œil de plus près, on voyait que l'auréole qui entourait la cornée formait des saillies dans lesquelles on ne pouvait découvrir de vaisseaux injectés, même avec la loupe. Les limites entre la cornée et la sclérotique avaient presque disparu, de sorte que ce cercle ne formait que la continuation de la conjonctive scléroticale, dans laquelle on remarquait, indépendamment d'un réseau de vaisseaux fins, quelques autres vaisseaux plus gros, qui se dirigeaient en serpentant en arrière. La conjonctive étant terne, non transparente, complétement dépourvue d'éclat, il ne fut pas permis de juger l'état de la sclérotique. La conjonctive palpébrale était fortement injectée, comme dans les ophthalmies catarrhales; on ne put découvrir aucune affection des glandes de Méibomius : en général, il n'existait aucune sécrétion muqueuse; la caroncule lacrymale paraissait normale; la membrane clignotante, un peu plus développée, proéminait au-dessus de la sclérotique. Rien d'anormal aux points lacrymaux; il paraissait aussi que les conduits lacrymaux n'étaient point malades; car les deux yeux étaient humectés d'une manière normale; néanmoins, la conjonctive, à l'exception de son centre où elle tapisse la cornée, offrait partout un aspect trouble, mat et comme cadavéreux.

Ce fait offre cela de remarquable que les voies lacrymales sont restées saines, ce qui n'a jamais été noté dans les cas observés par Schmidt, Mackenzie, Jaeger, d'Ammon, Klingsohr, Travers, Jeanselme, Stœber, Duprez, etc. C'est à cette circonstance que les organes lacrymaux sont restés sains, que paraît devoir être rapporté l'état de cutisation *incomplète* (1); ce qui confirme dans cette opinion, c'est que, dans le cas suivant, la cutisation n'est devenue complète que lorsque l'occlusion des voies lacrymales est survenue à une période déjà assez avancée du mal.

Obs. II. — Un enfant âgé de 5 ans, de constitution forte, toujours bien portant, fut pris, d'après le dire des parents, il y a trois ans, d'une éruption de la tête s'étendant à la figure; les paupières, fortement tuméfiées, restèrent pendant six semaines complétement fermées, et ne s'ouvrirent qu'après la dessiccation de l'éruption. Pendant quelque temps, l'enfant garda une rougeur des yeux; celle-ci ayant disparu, la vue ne s'était rétablie qu'incomplétement à droite, tandis qu'à gauche elle était obscurcie. Dans ce moment, il n'existe d'éruption ni à la tête, ni à la figure, et pas le moindre symptôme d'une diathèse scrofuleuse ou d'une dyscrasie. Depuis la précédente ophthalmie, les yeux sont restés complétement libres d'inflammation. L'œil gauche est dans l'état suivant : La conjonctive, dans toute son étendue, est complétement sèche, terne, et ressemble à du cuir. Elle a tant de ressemblance avec l'épiderme, qu'à plusieurs endroits, mais surtout au-dessous de la cornée, elle est couverte d'une grande quantité d'écailles fines, qui, comme dans la dartre furfuracée, se laissent facilement détacher par un léger frottement avec le bout du doigt. L'œil est si insensible qu'on peut le toucher à volonté, sans que le malade cherche à fermer les paupières.

La conjonctive de la sclérotique devient bleuâtre vers la cornée, de grise-mate qu'elle était. La conjonctive de la cornée est un peu transparente, mais pas assez pour reconnaître distinctement l'iris, encore moins peut-on distinguer la pupille.

Tout autour de la cornée on remarque que la conjonctive est soulevée, et lorsque le malade cherche à fermer les yeux, on aperçoit des replis de la conjonctive qui em-

(1) « Pour la formation de la xérophthalmie, dit M. Chélius (*Traité d'Oph.*, II, 392), deux conditions sont nécessaires : il faut qu'il y ait 1) *occlusion partielle ou totale des conduits excréteurs de la glande lacrymale*, et 2) inflammation chronique de la conjonctive. »

brassent le segment inférieur ou supérieur de la cornée ; le repli supérieur dépasse même le milieu de la cornée ; si on tire sur les cils de la paupière supérieure pour abaisser celle-ci directement, le repli de la conjonctive se retire bientôt dessous elle ; mais lorsqu'on tire les deux paupières directement en avant, alors l'espace entre la conjonctive palpébrale et oculaire est considérablement diminué par le défaut de la longueur du repli dont nous venons de parler. Ce défaut de longueur est tel vers les angles des yeux, que les paupières y semblent intimement liées au globe de l'œil ; il existe donc à la fois une lagophthalmie et un symblépharon.

La conjonctive oculaire ne laisse apercevoir quelques petits vaisseaux légèrement injectés, qu'à son angle de jonction avec la conjonctive palpébrale. La conjonctive palpébrale offre les mêmes apparences que la conjonctive oculaire ; seulement la couleur en est un peu moins grise ; elle est rouge, pâle, et sa superficie n'est pas entièrement privée d'éclat et ressemble à du suif.

La caroncule lacrymale est complétement atrophiée, plate, de couleur grise et on ne peut pas la distinguer de la membrane clignotante. Le point lacrymal supérieur est invisible ; l'inférieur, sans être entouré d'une glande, se distingue par un léger enfoncement qui se trouve au bord normal de la paupière. En pressant sur le sac lacrymal, on ne peut en faire sortir la moindre humidité. Lorsque l'enfant pleure, l'œil gauche reste complétement sec, tandis que les larmes sont abondantes à droite. Le sécrétion de la membrane muqueuse du nez n'est pas complétement abolie à gauche ; les mouvements du globe de l'œil ne sont pas gênés. Sauf un leucôme central, l'œil droit est complétement normal.

4.) *Obscurcissement de la cornée.* — Les bons effets de l'huile de foie de morue dans la perte de transparence de la cornée (Pannus celluleux) ont été rappelés par MM. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, vol. IV), Delcourt (*Ann. de la Société de méd. de Gand*).

MM. Giet, Von Kriss, Cunier (*Ann. d'Oculist.*, II, p. 184, 187, IV, p. 292), Sotteau (*Bulletin de la Société de méd. de Gand*, 1841), Hairion (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 116) ont rapporté de nombreux faits où le pannus vasculaire était entretenu par des granulations de la paupière supérieure, et à disparu sous l'influence du traitement dirigé contre la dégénérescence de la muqueuse palpébrale. M. Riberi a fait paraître à Turin une monographie de cette variété du pannus (*della ceratitide prodotta della degenerazione granellosa della congiuntiva palpebrale, con osservazioni*, in-8° de 52 pages).

L' hydriodate de potasse a été essayé par MM. Cunier et Hairion (*Ann. d'Oculist.*, IV) dans les obscurcissements de la cornée, surtout dans ceux qui sont leucomateux. M. Guépin (*Journ. de la sect. de méd. de la Société Acad. de la Loire-Inf. l. c.*) ne s'en loue pas autant qu'eux et M. Chélius (*Traité d'Ophth.*)

Nous connaissons, par les notices de M. Fallot (*Ann. d'Oculist.*, III, p. 221, V, p. 75), les essais de MM. Jaeger et Piringer, pour guérir le pannus charnu par l'inoculation de la matière blennorrhagique. M. Fallot a mis ce moyen en usage, mais sans succès ; il a alors eu recours à l'attouchement direct avec le nitrate d'argent fondu, et son malade a récupéré la vue. (*Ibid.* V, p. 127).

5.) *Hyperkératose.* — D'après le docteur A. Dall'Acqua (*Annali. univ. di Med.*), le staphylôme pellucide de la cornée serait le résultat d'un ramollissement, ou plutôt d'un défaut de cohésion et d'un amincissement des lames centrales de la cornée, avec hypersécrétion et altération de l'humeur aqueuse, résultant de la perversion de l'influx nerveux des nerfs ciliaires, qui président à la nutrition de l'œil ; sous l'influence de ce désordre dans l'action dynamique des nerfs, la force plastique et l'élaboration de la matière organique se trouvent altérées ou viciées. Partant de cette explication, M. Dall'Acqua propose d'agir d'une manière vitale sur l'altération de nutrition du tissu cornéen, c'est-à-dire de produire une action vasculaire momentanée et renfermée dans les limites d'une salutaire excitation. Il fait choix du nitrate d'argent en application locale, non pour produire une escarre, comme M. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, IV. p. 128), mais pour modifier la nutrition des parties malades. Dans le seul cas qu'il rapporte, il n'a pas employé que ce moyen : une compression méthodique, l'évacuation de l'humeur aqueuse, indépendamment d'un traitement sialagogue, furent concurremment mis en usage, si bien que dans le fait unique, et trop brièvement rappelé par l'auteur, on ne sait auquel de ces moyens attribuer rationnellement la plus grande part du succès.

Le docteur Fario (1) a proposé l'opération suivante, dans le staphylôme pellucide de la cornée : à l'aide d'un kératotôme à deux tranchants, il incise dans l'étendue de deux lignes toute l'épaisseur de la cornée, à la portion externe de sa circonférence, pénétrant avec la pointe du kératotôme dans la chambre antérieure ; la direction de cette incision est de haut en bas, et de dedans en dehors. Une autre incision vient rencontrer celle-ci à angle, en bas et en dehors, formant ainsi un lambeau triangulaire ou en V. Alors le sommet du V est coupé avec des ciseaux, de manière à produire dans la cornée une déperdition de substance qui donne incessamment passage à l'humeur aqueuse. L'œil est ensuite tenu fermé au moyen de bandelettes agglutinatives ; le malade est condamné à l'obscurité pendant huit jours. Après ce temps, l'humeur aqueuse ne s'écoule plus, la cicatrice est complète, et la cornée reste affaissée.

M. Hairion (*Annales d'Oculistique*, IV, p. 118) a parlé d'une forme anormale de la cornée. Elle est toujours accompagnée d'opacité et ordinairement aussi de vascularisation. M. Hairion « l'attribue au ramollissement, au défaut de consistance de la membrane, à la suite de l'ophthalmie purulente, qui fait que, cédant à la moindre pression, elle prend des formes diverses, suivant que la force à laquelle elle se trouve soumise la porte dans tel ou tel sens. » Cette affection avait déjà été décrite par M. Rosas, sous le nom *d'atonie de la cornée*, p. 733 du 2e volume de son *Handbuch*

(1) Memoriale della med. contemp. Gaz. méd.

der theoretischen und praktischen Augenheilkunde. Vienne, 1830. C'est une variété de l'hyperkératose.

M. Van Roosbroeck, dans un certificat délivré à un milicien, dit avoir découvert une variété non encore décrite et inconnue (sic) de déformation de la cornée : il l'a appelée *cylindriops* !!. Nous avons eu occasion de voir l'individu qui en est porteur. C'est un musicien du théâtre de Gand; il offre un exemple de la déformation que présentaient les yeux de Franklin, et il ne peut lire qu'avec des lunettes du nom de ce grand homme, lunettes qu'il confectionne lui-même.

6.) *Tumeur de la cornée transparente.* — Une fille de 20 ans, qui a été vue par Delvigne (*loco citat.*), portait sur la cornée transparente, un peu en dehors de l'axe pupillaire, une petite tumeur de la grosseur de deux têtes d'épingle, d'un blanc grisâtre, formée d'une substance molle qui se détruisait aisément sous le doigt. — La position de la tumeur et les frottements de la paupière supérieure entretenaient l'œil dans un état de rougeur et de sensibilité continuelles. — M. Delvigne saisit cette production avec des pinces, et l'enleva d'un coup de bistouri.

« M. Delvigne propose de donner à cette maladie, « dont on ne fait presque pas mention, dit-il, « dans les traités d'ophthalmologie, et qui est en- « core généralement inconnue », le nom de *tophus de la cornée transparente.* « Il la considère comme une concrétion produite par le phosphate de chaux et de soude, auxquel se trouve quelquefois ajouté l'hydrochlorate de soude avec excès de soude, et entourée d'une espèce de mucilage. » Notons ce que n'est point sur une analyse chimique de la production enlevée que M. Delvigne base son opinion.

7.) *Staphylôme de la cornée.* M. Van Onsenoort a fait connaître dans son journal (1840, vol. 11, p. 490) le procédé opératoire qu'il emploie pour enlever le staphylôme sphérique total de la cornée, maladie qu'il a fréquemment observée à la suite de l'ophthalmie des armées. Le célèbre ophthalmologue hollandais a essayé toutes les méthodes connues et donne en définitive la préférence à l'instrument tranchant. Pendant longtemps, il formait un lambeau à la partie inférieure de la cornée et enlevait ensuite la partie supérieure de cette membrane avec les ciseaux; mais ayant remarqué qu'aussitôt que l'incision a été pratiquée avec le couteau, l'œil fuit sous la paupière supérieure et rend impossible le second temps de l'opération, il a modifié son procédé. Il fait aujourd'hui l'incision à la partie supérieure, comme pour la kératotomie, d'après le procédé de Brisseau, attribué dans ces derniers temps à M. Jaeger; il enlève avec les ciseaux le lambeau inférieur. Le couteau de M. Van Onsenoort a une forme particulière et sa largeur est calculée de manière à ne pas exposer à blesser la paupière supérieure.

M. Guépin (*Journ. de la section de méd. de la Loire-Inférieure*, vol. XVII, liv, 79, p. 260) a employé le fer rouge dans deux cas de staphylôme fibreux de la cornée, et il en a retiré de très-bons résultats. Chez ses autres malades, il a mis en usage le nitrate d'argent en crayon, selon la méthode de M. Pétrequin (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 128). Dans un cas de staphylôme pellucide, dont l'extrémité avait cependant perdu sa transparence, M. Guépin a fait suivre la cautérisation de la distension forcée de la pupille. (Voir plus bas, à *l'article pupille artificielle.*)

8.) *Occlusion de la pupille.—Pupille artificielle.* — Si l'opération de la pupille artificielle échoue souvent, dit M. Sichel (*Bulletin thérapeutique*, mars 1841), cela tient plus fréquemment à ce qu'elle est souvent entreprise dans des circonstances qui ne permettent pas d'espérer du succès, ou d'après des méthodes vicieuses, qu'à une imperfection inhérente à l'opération elle-même. On peut au contraire affirmer avec raison, selon lui, qu'elle a acquis toute la perfection désirable, et qu'il ne s'agit plus d'inventer des méthodes nouvelles, mais seulement de choisir parmi celles existantes, en y appliquant une critique sage et rigoureuse.

D'après cet oculiste, deux méthodes suffisent parfaitement pour pratiquer avec succès cette opération, dans tous les cas où l'opacité complète de la cornée, la désorganisation de l'iris ou celle des membranes internes n'en rendent pas la réussite radicalement impossible. Ces deux méthodes sont, 1° le décollement de l'iris, ou *iridodialysie;* 2° son excision ou iridectomie.

« L'iridodialysie peut, en général, se pratiquer « toutes les fois qu'il s'agit d'établir une pupille « vers le côté interne supérieur, ou interne infé- « rieur; l'iridectomie, au contraire, quand l'ouver- « ture artificielle doit occuper le côté externe, « externe supérieur ou externe inférieur de l'iris.

« Pour faire le décollement, il faut ouvrir la cor- « née plus ou moins près de son centre, dans la « plus grande étendue possible, mais qui ne doit « pas occuper plus de deux millimètres; il faut « introduire dans la chambre antérieure une petite « érigne, saisir l'iris à sa jonction avec la choroïde, « le décoller; extraire la portion saisie et la fixer « entre les lèvres de la plaie cornéenne.

« Pour pratiquer l'iridectomie, il faut ouvrir la « chambre antérieure plus ou moins latéralement, « selon la situation de la portion transparente de la « cornée, y introduire des pinces fines, fermées; « les ouvrir, presser légèrement sur l'iris avec les « mors écartés pour faire saillir entre eux un pli « qu'on saisit en les serrant, puis extraire et exciser « ce pli aussi près que possible des bords de la « plaie. » (*Encyclographie*, 4e s., vol. VI, p. 168).

M. Sichel annonce que dans une monographie de cette opération, qu'il se propose de publier, il exposera ultérieurement tous les détails de la manœuvre et les indications à remplir. Les deux méthodes qui viennent d'être indiquées n'ont jamais manqué de lui donner un succès complet quand l'état de l'œil permettait de le prédire.

Distension forcée de la pupille, tel est le nom donné par M. Guépin (*de Nantes*) à l'opération suivante, qu'il a fait connaître dans le *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure* :

« Le malade étant placé comme pour l'opération « de la cataracte, on plonge un petit couteau, à

« lame très-étroite et concave, dans la partie trans-
« parente de la cornée, à sa jonction à la sclérotique, et on le fait sortir à 5 millim. de son
« entrée sur un autre point de la cornée, où on
« pratique ainsi une incision qui réunit les deux
« ouvertures. Cette incision doit être pratiquée de
« préférence à la partie inférieure, si ce point con-
« serve de la transparence. L'incision seule peut
« suffire quelquefois, dans ce dernier cas, pour ob
« tenir une hernie de l'iris ; mais le plus souvent il
« est nécessaire d'y joindre l'excision d'un petit
« lambeau. Cette seconde partie de l'opération peut
« se pratiquer avec un couteau, avec des ciseaux,
« ou enfin avec un emporte-pièce que l'auteur a fait
« construire à cet effet. Cette opération termi-
« née, il se produit une hernie de l'iris dans l'ouver-
« ture béante de la cornée, et si cette hernie n'a
« pas lieu, on cherche à la produire en étendant
« sur la paupière supérieure une petite quantité
« d'extrait de belladone. Vers le troisième ou le
« quatrième jour, on cautérise légèrement la her-
« nie, de manière à déterminer une faible inflam-
« mation, puis des adhérences qui la fixent d'une
« manière définitive. »

Le résultat de l'excision d'un petit segment de la cornée est donc de produire la distension de la pupille, de lui donner une forme elliptique au moyen de la hernie, et de lui permettre ainsi de recevoir les rayons lumineux qui traversent la cornée transparente. Cette opération ne peut être pratiquée que dans les leucomes occupant le centre de la cornée, la pupille n'étant d'ailleurs pas oblitérée ; il faut, suivant l'auteur, que la cornée soit encore transparente dans un tiers de sa surface.

Le procédé de M. Guépin est une heureuse modification de celui d'Adams, et non pas de Himly, comme l'a dit à tort M. Sichel (*Bull. thérap.*, art. cit). Adams est le premier qui ait indiqué le déplacement de la pupille naturelle, lorsqu'un leucome occupe le centre de la cornée. Cette membrane étant ouverte, cet oculiste exerce sur le globe une légère pression, qui détermine la procidence de l'iris, qu'il saisit avec des pinces, attire davantage au dehors, et enclave ainsi dans la plaie de la cornée. *Treatise on artificial pupil.* London, 1819.) — Himly a ouvert la cornée avec un couteau en faucille, a saisi le bord pupillaire avec un crochet simple, et l'a aussi enclavé dans la plaie de la cornée (*Bibliothek fuer die Ophthalmologie.* Bd. I, s. 1, p. 178). — Comme on le voit, l'opération de M. Guépin a moins de rapport avec le procédé de Himly qu'avec celui d'Adams; l'excision d'un lambeau de cornée par l'emploi d'un emporte-pièce est une modification de la conduite conseillée par l'oculiste anglais. Nous avons eu l'occasion d'en apprécier récemment tous les avantages dans un cas où M. Cunier a mis en usage le procédé de M. Guépin, en présence de MM. les docteurs Hanau, Ruelloux, etc.

Nous ne croyons pas pouvoir nous abstenir de faire connaître quelques-uns des résultats obtenus par notre habile confrère de Nantes (*Revue des Spécialités*, mars).

Obs. I.—*Leucoma, suite de petite-vérole*, chez Allié, de Guerrouet (Loire-Inférieure). L'œil était inutile depuis 25 ans. Aussitôt l'incision faite, la hernie de l'iris a eu lieu; l'adhérence s'est formée, suivant le mécanisme décrit. La vue a été rétablie au bout de 3 jours. Cependant, depuis, la pupille déformée s'est rétrécie par la rétraction de l'iris, et le malade est un peu myope.

Obs. II. — Le Roi, portefaix à Nantes. Opacité de la cornée transparente par suite de cautérisations maladroites. La section a été faite en haut de l'œil droit, si l'on en juge d'après la planche, car l'observation manque de détails suffisants. Dans l'ouverture pratiquée, il a introduit la lame d'un emporte-pièce afin d'agrandir cette ouverture en enlevant un petit lambeau semi-lunaire. Au bout de 2 heures, hernie complète, etc.; 4 jours après, vision assez rétablie pour que le malade distinguât les objets d'un côté de la rue à l'autre. Nul accident, si ce n'est une sécrétion albumineuse puriforme bientôt résorbée dans les chambres de l'œil.

Obs. III.—Merlin, tailleur de pierres. Leucome suite d'ophthalmie traumatique. Comme M. Guépin désirait conserver à la pupille de la mobilité, il voulut occasionner une hernie très-petite. En conséquence, incision étroite, lambeau semi-lunaire médiocrement large. Ces deux conditions exigent des précautions pour être réalisées : il est plus facile de couper un lambeau étendu. 5 jours après, Merlin lisait le caractère *petit romain*; il reprit son métier de tailleur.

Obs. IV. — Elle a la plus grande analogie avec la première.

Obs. V. — Louis Chapeau, cordonnier à Nantes; 35 ans. Sept ans de maladie, réussite moins complète. OEil droit en partie cataracté, adhérence de la capsule cristalline avec les deux tiers de l'iris. OEil gauche recouvert d'une cicatrice. Inflammation consécutive et beaucoup plus durable que chez les autres opérés.

Obs. VI. — Maçon ayant perdu l'œil droit par suite d'une explosion de mine. Cicatrice de la cornée dans le tiers supérieur. Adhérence de la capsule cristalline à la cornée, oblitération de la pupille. Opération ; pas d'accidents. Malgré les circonstances les plus défavorables, le malade voit assez de cet œil pour se conduire.

M. Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, février 1841) pense que le procédé de M. Guépin doit donner lieu à un obscurcissement consécutif de la portion de cornée demeurée transparente, ce qui détruirait les bénéfices de l'opération.

Ainsi que l'a dit récemment M. Cunier, dans une lettre adressée à l'Académie des Sciences de Paris (1), aucun traité français ne fait mention du procédé pour le déplacement pupillaire que notre savant confrère hollandais a fait connaître en 1822 (*Annales de la Médecine physiologique de Broussais*, tome II, p. 97 de la contrefaçon de Bruxelles), et depuis lors dans sa monographie de la pupille artificielle (2),

(1) Myotomie oculaire dans les cas d'obscurcissement de la cornée nécessitant le déplacement de la pupille ; lettre adressée aux Académies des Sciences de Bruxelles et de Paris ; par Florent Cunier. (Gazette médicale de Paris, 25 septembre 1841. — Annales d'Oculistique, vol. V, p. 202. — Encyclographie, octobre. Sociétés savantes.)

(2) Bydragen tot de geschiedenis der vorming van eenen

publiée en 1829, ainsi que dans un mémoire inséré dans le 1er volume supplémentaire, page 179. année 1825, du journal qui paraît à Gorinchem, *Practisch Tydschrift voor den geheelen omvang der Geneeskunde, door Moll en Van Eldik*. M. Van Onsenoort a cru devoir prostester dans son journal (1840-41, page 471) contre l'oubli où les auteurs français et allemands laissent sa méthode opératoire. Ceux de nos lecteurs qui ne la connaissent point, nous sauront gré de ce que nous leur apprenions en quoi elle consiste. Supposons que le déplacement doit avoir lieu en dehors. — A l'aide d'une aiguille à cataracte à double tranchant, M. Van Onsenoort ponctionne la sclérotique comme pour l'abaissement ; il retire alors l'instrument, et introduit par l'ouverture qu'il vient de pratiquer un crochet, très-petit et très-fin, dont il dirige la coubure en avant, afin d'éviter de léser la cristalloïde. Dès qu'il aperçoit dans la pupille la partie recourbée de son crochet, il le dirige de manière à saisir le bord pupillaire externe, et en retirant son instrument il amène l'iris entre les lèvres de la plaie scléroticale. — M. Van Onsenoort a pratiqué selon cette méthode le déplacement pupillaire soit en bas, soit en haut, soit en dehors.

M. Emden a proposé une opération analogue à celle de M. Van Onsenoort : *Pupilla etiam per scleroticam dislocari potest*, dit-il, page 32 de sa *Dissertatio inauguralis de Raphiancistro, novo instrumento ad novam coremorphoseos methodum perficiendam*. (Gottingæ, 1818). Voici comment il décrit l'opération :

« Extendatur nempe pupilla ante curationem extracti Hyosciami ope, tunc instrumento in oculum immisso, et margo pupillaris externus hamulo paullulum prolato, arripiatur, et in scleroticae vulnus ducatur; qua ratione magnam dislocatamque pupillam adipiscimur.

« Per scleroticam curationem ei per corneam esse preferendam opinor, ubi in leucomate centrali, pupilla normalis, *lens vero cataractosa* adest, nam in methodo per corneam bis diverso tempore curationem admitti oportet. »

La méthode de M. Van Onsenoort et celle de M. Emden ont, il est vrai, une grande analogie ; mais celle du professeur hollandais nous a toujours paru préférable, à cause de la simplicité des instruments et partant du manuel ; l'expérience ne nous a que trop appris à nous mettre en garde contre les instruments compliqués, et le *raphiancistron* ne l'est que trop.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que dans le plus grand nombre de cas où le déplacement pupillaire selon les méthodes d'Adams, Himly, Emden, Van Onsenoort, Lusardi ou de M. Guépin, aurait été employé autrefois, il est suffisant de déterminer un strabisme selon le conseil de M. Cunier (*Ann. d'Oculistique*, V, p. 176-200 et 266, *Bull. méd. belge*); dans les cas où le déplacement pupillaire serait insuffisant, la combinaison des deux procédés pourra être suivie de succès. Telle est aussi l'opinion de M. Guépin (*Journal de la section de méd. de la Société académique de la Loire-Inférieure*).

La communication suivante, faite par M. le professeur Serre à la Société de médecine pratique de Montpellier (v. journal de cette Société, 1841, p. 159), trouve naturellement ici sa place. Ces deux nouveaux succès, à ajouter à ceux déjà obtenus par la méthode de M. Cunier (*v. Ann. d'Oculistique*, septembre 1841), méritent d'être connus. Voici la lettre de M. Serre :

« J'ai l'honneur de vous informer que je viens de pratiquer à l'hôpital St-Eloi la myotomie oculaire chez deux malades qui présentaient sur la cornée transparente des taches assez prononcées pour intercepter en partie le passage des rayons lumineux. Le premier, le nommé Fleys, m'ayant fait remarquer, au moment même où je l'examinais, que, lorsqu'il portait l'œil droit en dedans, il distinguait les objets d'une manière assez distincte, j'eus l'idée sur-le-champ de produire chez lui un strabisme convergent, en faisant la section du muscle droit externe. En effet, dès le lendemain (19 octobre), ce projet fut mis à exécution ; à l'instant même, l'œil s'étant incliné en dedans, le malade s'aperçut que la vue était devenue plus nette. Depuis lors aucun accident ne s'est manifesté : le globe de l'œil se dirige de plus en plus vers l'angle interne de l'orbite, et le nommé Fleys y voit de mieux en mieux.

« Encouragé par ce premier succès, je me suis cru autorisé, quelques jours après, à pratiquer la section du muscle droit supérieur sur une fille de 15½ ans : l'œil gauche avait été détruit par la petite-vérole, tandis que l'œil droit offrait à la partie moyenne de la cornée, au devant même de la pupille, un albugo qui ne permettait à la malade de se conduire qu'en dirigeant avec force le globe oculaire vers la partie inférieure de l'orbite. Dès que le muscle droit supérieur a été coupé, l'œil a changé de position, et la tache de la cornée s'est trouvée à demi cachée par la paupière inférieure : aussi cette jeune fille y voit aujourd'hui par la partie supérieure de la pupille, et distingue déjà des objets qu'elle n'aurait pas reconnus avant d'être opérée. Cette opération a été encore plus simple que la première; elle n'a pas causé même la plus légère inflammation.

« . . . . Parmi les applications diverses de la section des muscles de l'œil, il en est peu, ce me semble, qui soient aussi rationnelles que celle qui a pour but de mettre la pupille en rapport avec une portion de la cornée encore transparente. La myotomie oculaire a surtout, dans ce cas, le grand avantage de pouvoir être substituée à l'opération de la pupille artificielle, qui a été et sera toujours une opération aussi chanceuse que difficile.

« J'ose espérer, messieurs, que cette communication vous intéressera, ne serait-ce que par l'attrait de la nouveauté. Je ne connais jusqu'à présent que M. le docteur Cunier, de Bruxelles, qui ait pratiqué la section des muscles pour un pareil motif. (1) »

---

kunstigen oogappel in het algemeen, en die voor Nederland in het bijzonder, enz. Utrecht, 1829.

(1) MM. Pétrequin et Guépin ont, comme M. Serre, mis en pratique l'opération de M. Cunier (Ann. d'Oc., septembre 1841.)

M. Maunoir, de Genève, a donné (*Ann. d'Oculistique*, V, p. 17), l'histoire de deux pupilles artificielles pratiquées suivant sa méthode, et accompagnées de circonstances des plus intéressantes. Des faits, aussi fort remarquables, ont été communiqués au même journal par M. Carron du Villards (I, p. 185, II, p. 156, III, p. 94).

En Belgique, MM. Sotteau, Hairion et Van Roosbroeck, ont publié quelques remarques sur l'opération qui nous occupe.

M. le docteur Sotteau a rapporté (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand*) deux observations de pupilles artificielles pratiquées avec succès. Le premier opéré avait l'œil droit atrophié ; l'œil gauche était le siége « d'un staphylôme considérable, » un segment d'une ligne et demie de la cornée était resté transparent ; ce segment était l'inférieur ; M. Sotteau y a établi une pupille. « Cet endroit n'est pas « avantageux, dit-il, à cause de la paupière, qui « remonte assez haut sur la cornée pour se placer « devant la pupille. Je vois cependant avec plaisir « que cet individu s'habitue à regarder en haut, de « manière à élever la pupille au dessus de la paupière, « et je ne doute nullement que cet inconvénient ne « se dissipe avec le temps. » — Voilà un cas dans lequel le strabisme artificiel, produit selon la méthode de M. Cunier, eût immédiatement permis à la vision de s'exercer.

Dans la seconde observation de M. Sotteau, il s'agit d'une malade dont la moitié inférieure de la cornée droite était recouverte par une taie ; « un staphylôme du centre de la cornée » existait à gauche ; un segment de deux lignes était resté intact. C'est dans la partie en rapport avec ce segment que M. Sotteau a fait éprouver à l'iris une large perte de substance ; la réussite a été complète, dit-il ; « la nouvelle pupille présente une forme semi-lunaire fort régulière et permet à la malade de distinguer déjà (le 15e jour) assez bien les objets qu'on lui présente. » — M. Sotteau n'a rien tenté sur l'œil droit, qui, nous parait-il, eût dû être choisi pour l'opération.

M. Sotteau n'entre dans aucuns détails sur le procédé opératoire qu'il a mis en usage.

M. Hairion a également pratiqué plusieurs opérations avec succès ; il en a donné l'histoire dans les *Annales d'Oculistique*, décembre 1840.

M. Van Roosbroeck (*Annales de la Soc. des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*) a jeté sur l'opération de la pupille artificielle un *coup-d'œil* qui n'embrasse rien qui ne soit connu, et qui ne s'est pas arrêté sur une multitude de notions indispensables, de procédés opératoires qui ont aujourd'hui cours dans la science. Quelques journaux, entre autres la *Nederlandsch Lancet*, font remarquer que les traités qui ont servi de canevas à M. Van Roosbroeck (Sanson, Chélius, Blasius surtout, etc.) renferment les mêmes omissions (1).

M. Riberi (*Repertorio delle Scienze mediche del Piemonte*) a rencontré chez un de ses opérés cette particularité que l'ouverture artificielle jouissait d'une contractilité analogue à celle de la pupille naturelle. Ce fait paraît à M. Riberi une démonstration de la nature vasculo-érectile de l'iris.

Enfin, M. Cunier a obtenu quelques résultats heureux par la méthode de Lusardi. (*Annales d'Oculistique*, vol. IV).

Nous ne manquons certes pas d'instruments pour la confection de la pupille artificielle ; M. Gruelmann, médecin dans la marine des Pays-Bas, trouve que ceux pour mettre en pratique les méthodes de Langenbek et Himly sont insuffisants ; il en a imaginé un dont le mécanisme est le même que celui figuré par M. Emden dans sa *Dissertatio de Raphiancistro* (Gottingæ, 1818) ; nous devons cependant dire que la disposition de quelques vis a été changée, de manière à ce que l'instrument tienne aussi quelque peu du labidobelanonkistron de Nowicki (*Tractatus de pupilla vicaria*. Varsovie, 1818). M. Grulmann ne cite ni l'un ni l'autre de ces auteurs.

Dr Cunier. Dr Fleussu.

---

(1) Voici ce qu'on lit dans la *Nederlandsch Lancet.*, 1840-41, page 481 : « Doch Blasius, in zyn *Handwörter-* » *buch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde*, « noch Van Roosbroeck, welke de *Duitsche Monographie* « *betrekkelyk de vorming van den kunstigen oogappel*, « *zoo getrouwelyk* aan de Société des Sciences médicales et « naturelles de Bruxelles *heeft doen kennen*, maken hier- « van (du procédé de M. Van Onsenoort) geene melding. »

D. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

—

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE.

Caractères distinctifs des races humaines.

M. Serres lit un rapport sur la collection d'antropologie, recueillie pendant l'expédition de *l'Astrolabe* et de la *Zélée*, par M. Dumoutier. (Nous donnerons un extrait de ce rapport dans le prochain numéro.)

Ophthalmie purulente.

M. Breschet présente, au nom de M. Pierre Florio, médecin en chef de l'hôpital de St-Pétersbourg, un livre intitulé : *Description historique et pratique de l'ophthalmie purulente.* L'auteur de cet ouvrage rapporte les diverses invasions d'ophthalmie purulente qui ont fait tant de ravages dans nos armées. Comme la plupart des ophthalmologistes, il repousse l'idée de contagion. Il donne la description du traitement auquel il a dû de très-heureux résultats. Ainsi, sur un total de 9,863 malades, traités à l'hôpital des armées de terre à St-Pétersbourg, pendant les années 1835, 1836, 1837, jusqu'au 1er septembre 1838, 9,644 ont été guéris, 12 ont perdu un œil, 9 sont devenus aveugles; les autres restent encore à l'hôpital. On sait les ravages que cette maladie a exercés en Belgique en 1834. Ainsi, d'après Junkers, à cette époque, on pouvait compter 4000 aveugles et 6000 borgnes dans l'armée belge. On voit donc combien est importante la question traitée par M. Florio.

M. Breschet présente aussi un ouvrage de M. Otto, contenant la description de 600 monstruosités qui existent dans le cabinet d'anatomie de Breslau.

Phénomènes de la contraction musculaire.

M. Bowman écrit à l'Académie que, d'après ses observations, la contraction n'occupe jamais toute la longueur d'un faisceau primitif dans le même instant; la contraction même la plus violente consiste dans des contractions partielles, lesquelles changent de place avec une vitesse extrême. Il pense qu'on peut ainsi expliquer et le bruit musculaire et l'augmentation de température, dont l'existence a été constatée pendant la durée de la contraction.

Formation du nerf grand sympathique.

M. Medici, après avoir rappelé que Scarpa regardait le grand sympathique comme provenant des nerfs spinaux, dit que ses dissections lui ont prouvé qu'en effet le grand sympathique communique et avec les racines antérieures et avec les racines postérieures des paires spinales; mais il ne croit pas que ces filets de communication soient des racines d'origine pour le grand sympathique, et il considère, au contraire, ce nerf comme essentiellement distinct du système cérébro-rachidien.

Ver solitaire.

M. le docteur Levacher présente un ver solitaire offrant une monstruosité qui consiste en ce qu'il règne, tout le long de son corps, une crête très-prononcée et flottante qui représente une partie d'un autre ver solitaire. Les planches de l'ouvrage de Bremser contiennent l'exemple d'une disposition semblable, mais moins marquée, et qu'il a désignée sous le nom de *ver solitaire monstre.*

M. Levacher présente encore un ver solitaire qui a 4 mètres 30 centimètres de longueur, et qu'on peut regarder comme âgé d'environ 12 ans et demi, d'après l'âge actuel du sujet qui en était porteur, et l'époque à laquelle il commença à en rendre des fragments. Voici la formule qu'emploie M. Levacher contre le ver solitaire :

Huile de ricin.	60	grammes.
Essence de térébenthine. . .	16	—
Eau distillée de Menthe . . .	64	—
Sirop simple.	32	—
Gomme arabique en poudre.	8	—

On fait un mucilage dans un mortier avec la gomme, le sirop, l'huile et l'essence. On triture exatement, et l'on verse ensuite peu à peu l'eau distillée de Menthe.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE.

Développement des os.

M. Flourens lit un cinquième mémoire sur le développement des os. (Nous publierons ce travail en entier.

Altération des eaux minérales pendant leur transport.

M. Berriat, maire de Grenoble, consulte l'Académie sur la question suivante : Il existe, à 32 kilomètres de Grenoble, une source d'eaux minérales dont les propriétés médicamenteuses paraissent très-prononcées, mais qui sont situées dans un lieu tel, qu'il serait impossible d'y former un établissement thermal. On aurait par conséquent le projet de les amener dans la ville; mais l'administration a d'abord voulu savoir si, une fois arrivées à leur destination, leur température serait encore assez élevée pour qu'elles pussent être avantageusement em-

ployées. A ce sujet, M. le maire soumet à l'Académie les questions suivantes :

1° Quelle serait la matière la plus propre à servir de canal pour réduire la perte de chaleur dans le trajet des eaux à 32 kil. de distance ?

2° Quelles précautions particulières y aurait-il à prendre pour isoler la conduite des terrains humides, des sources, etc.?

3° Serait-il convenable de faire couler les eaux à canal plein, ou avec une couche d'air ?

4° La loi de dispersion du calorique, dans une telle circonstance, est-elle connue, et pourrait-on, au moyen de la perte vérifiée sur quelques centaines de mètres, conclure pour tout le reste du trajet ? Leur chaleur à la source est de 58°.

M. Arago dit que, si l'Académie jugeait à propos de nommer une commission pour s'occuper de cette question, il s'est assuré que l'administration de Paris mettrait à sa disposition tous les moyens de constater quelles sont les pertes de chaleur que subissent les eaux transportées dans les rues de Paris.

M. Double : Peut-être la température n'est-elle pas la seule circonstance à laquelle il faudrait avoir égard ici, et conviendrait-il également d'examiner les modifications que les eaux éprouveraient dans leur composition pendant ce transport.

MM. Arago, Dumas, Regnault et Double sont chargés d'examiner ce sujet, et de faire un rapport à l'Académie sur les questions posées par M. Berriat.

Lithotritie.

M. Guillon présente à l'Académie deux boîtes contenant des fragments de calcul qui ont été obtenus par l'emploi d'un instrument de son invention. Au moyen de cet instrument, il parvient à vider la vessie, et par conséquent à extraire tous les fragments, sans être obligé de le retirer. Ce procédé permet d'achever le broiement en une seule séance, et lors même que les calculs sont volumineux.

Commissaires : MM. Magendie, Larrey et Breschet.

M. Guillon présente encore les fragments d'un calcul qu'il a extrait par la taille. Cette concrétion s'était formée autour d'un tuyau de pipe qui avait été introduit dans le canal, et dont l'extrémité rompue était tombée dans la vessie.

Ver intestinal du boa.

M. Bazin, professeur à la Faculté des Sciences de Bordeaux, adresse un travail intitulé : *Sur l'anatomie du pothrydium pythonis* (*ver intestinal du boa*). Ce ver a été trouvé dans un boa qui venait de mourir à bord d'un navire dans le port de Bordeaux. Ce boa avait environ 3 mètres et demi de longueur.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE.

Presbytie.

M. Gazenave, de Bordeaux, adresse à l'Académie un paquet cacheté concernant une nouvelle espèce de lunettes pour guérir la presbyopie sénile ou consécutive à l'opération de la cataracte.

Agents de l'occlusion de la glotte.

M. Longet adresse un extrait d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur les fonctions de l'épiglotte, et sur les agents qui déterminent l'occlusion de la glotte dans la déglutition, le vomissement et la rumination.*

De tout temps, parmi les organes nombreux qui constituent l'admirable appareil de la déglutition, avait figuré l'épiglotte que l'on s'accordait à regarder comme destinée à fermer l'accès du larynx aux aliments solides ou liquides, lors de leur passage de la bouche dans le pharynx. Néanmoins, jusqu'en 1813, aucun physiologiste n'avait excisé ce fibro-cartilage, afin de savoir quel trouble fonctionnel en résulterait. A cette époque fut pratiquée l'excision de l'épiglotte, et dans le mémoire auquel je fais allusion (1), il est dit que cette opération ne gêne en rien la déglutition, *pas même celle des liquides* qui, comme les aliments solides, ne sauraient tomber dans les voies respiratoires, *à cause de l'occlusion de la glotte*, occlusion, du reste, déjà signalée par les deux Albinus (2), Ferrein (3), Haller (4), Ludwig (*Gottlieb*) (5), etc., et ne pouvant dépendre, dit-on, *que de la contraction des muscles intrinsèques du larynx*. Or, j'ai fait, dans ces derniers temps, sur des moutons et sur des chiens, une série de recherches dont les résultats me paraissent justifier les assertions suivantes :

La cavité sus-glottique du larynx, surmontée (chez l'homme et le mammifères, de l'épiglotte et en partie bordée par les replis arythéno-épiglottiques) représente une sorte de vestibule dont l'accès est défendu aux aliments solides ou liquides qui n'y pénètrent jamais que par surprise : aussi, en touchez-vous la muqueuse, habituée au seul contact de l'air, une toux convulsive éclate avec violence.

Dans le second temps de la déglutition, ce vestibule, qui tend à s'effacer latéralement, se ferme, en haut, par l'application de la base de la langue et de l'épiglotte, et, en bas, par le rapprochement immédiat des cordes vocales.

Plusieurs causes préviennent donc l'introduction des aliments solides ou liquides dans les voies aériennes : 1° le mouvement ascensionnel du larynx en avant, combiné avec celui de la langue, en arrière, dont la base s'applique en partie sur l'orifice laryngé supérieur ; 2° l'épiglotte qui, placée entre celui-ci et la base de la langue, suit le mouvement qu'elle

---

(1) Mémoire sur l'usage de l'épiglotte dans la déglutition, par M. Magendie, 1813.

(2) Albinus (Sigfridus). Histor. musculorum. 1734, t. III, c. 58, p. 136. Albinus (Fridericus), de deglutitione, 1840, p. 28, in collect. Halleri Disput. anatom., t. VII.

(3) Ferrein, Mémoire de l'Académie des Sciences, an. 1741, p. 424 et 425, et la note 426.

(4) Haller, Élém. physiol., p. 87, t. VI.

(5) Ludwig (Gottlieb). Instit. phys., § 370, colon. Allobrog, 1785.

lui imprime (1), et, pour ainsi dire, se moule sur l'ouverture supérieure du larynx ; 3° l'occlusion de la glotte ; 4° enfin l'exquise sensibilité de la muqueuse qui revêt l'espace sus-glottique. Cette sensibilité spéciale, donnant lieu à une résistance d'une autre nature que celle opposée par les causes précédentes, figure, en quelque sorte, une sentinelle dont le rôle est d'avertir l'animal que, dans cet espace, s'est glissé un corps autre que de l'air, et de provoquer une toux expulsive de ce corps étranger.

Ces diverses conditions protectrices ont-elles la même importance? Leur concours est-il indispensable à la déglutition, ou bien, en l'absence de quelques unes d'entre elles, celle-ci est-elle encore possible? La suppression de telle condition qui laisse complétement libre la déglutition des solides, permet-elle encore entièrement celle des liquides? Tels sont les problèmes que nos expériences tendent à résoudre.

Mais, disons d'abord qu'elles mettent au jour un fait digne d'intérêt, et dont jusqu'à présent l'existence ne nous paraît pas avoir été soupçonnée par les physiologistes, savoir : *au second temps de la déglutition, l'occlusion de la glotte continue à s'effectuer, après la paralysie de tous le muscles intrinsèques du larynx ;* d'où il résulte que les mouvements de la glotte, dans la déglutition, semblent être indépendants de ceux qu'elle exécute dans la respiration. Pour obtenir ce résultat, je réséquai (sur quatre moutons et sur six chiens), les deux nerfs récurrents, et, des nerfs laryngés supérieurs, je n'excisai que le rameau interne et les filets des muscles crico-thyroïdiens, en laissant intacts ceux des muscles constricteurs pharyngiens inférieurs. Alors, la trachée fut ouverte largement, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, ce qui me permit de constater, à chaque mouvement de déglutition, l'occlusion complète de la glotte : cette occlusion fut également observée, pendant chaque nausée ou chaque vomissement, sur les chiens dans les veines desquels j'avais injecté une solution de 0,20 d'émétique ; enfin, chez un mouton, dans un mouvement accidentel de rumination (2), je vis la glotte se fermer hermétiquement lors du passage de l'aliment, du pharynx dans la bouche, et quand l'animal avala de nouveau, la glotte se ferma derechef. Dans tous ces cas, la matière alimentaire ne pénétra point dans la trachée.

En recherchant la cause de cette occlusion, indépendante des muscles intrinsèques du larynx, qui tous avaient été d'avance paralysés, je découvris qu'elle n'était pas due davantage à l'action des muscles thyro-hyoïdiens que j'enlevai, mais bien à l'influence persistante des constricteurs pharyngiens inférieurs qui, embrassant les lames divergentes du cartilage thyroïde, pliaient fortement, à chaque mouvement de déglutition, ces lames l'une sur l'autre, en rapprochant les lèvres de la glotte et en pressant les muscles extérieurs à cette ouverture.

Déterminons maintenant, par l'expérimentation, l'importance relative des causes qui préviennent la chute des aliments solides ou des liquides dans les voies respiratoires:

A. *Ascension du larynx en avant associée au déplacement de la base de la langue.* — En réfléchissant aux moyens que je pourrais mettre en usage pour abolir des mouvements ainsi complexes, auxquels concourent des muscles si nombreux, je ne tardai pas à reconnaître qu'il me faudrait diviser non-seulement *les nerfs hypoglosses*, *le nerf masticateur* (racine motrice du trifacial), mais encore les filets du *facial* qui se rendent aux muscles styliens et au ventre postérieur du digastrique, le *rameau pharingien* du spinal, qui anime surtout les constricteurs pharingiens supérieur et moyen, et enfin les *quatre nerfs laryngés* qui envoient des filets aux constricteurs inférieurs du pharynx. Dès lors, je dus renoncer à une entreprise aussi difficile, tout en admirant les précautions multiples prises par la nature pour obvier, à l'aide *de ce premier moyen*, à l'un des plus graves accidents de la déglutition, au passage des aliments dans les voies aériennes. Toutefois je pus m'opposer en partie à l'ascension du larynx, en le retenant fortement en bas, et gêner les mouvements de la base de la langue, en maintenant au dehors l'extrémité antérieure de cet organe avec un lien qui le traversait; la déglutition d'un bol alimentaire très-mou et placé à l'isthme du gosier, fut fort difficile et suivie d'une toux assez vive, mais plus marquée encore chez les animaux dépourvus d'épiglotte.

B. *Usage de l'épiglotte dans la déglutition.* — L'excision *complète* de l'épiglotte, chez six chiens, m'a démontré que si les aliments solides passent facilement sans cet opercule, *il n'en est pas de même des liquides dont la déglutition est suivie d'une toux convulsive.* D'où provient cette différence? Les solides, aidés dans leur glissement sur la base de la langue par le mucus qui la lubréfie, ne laissent sur elles aucune trace de leur passage; au contraire, les gouttes de liquide qui s'écoulent, après la déglutition, le long du plan incliné de la base de cet organe, tombent nécessairement dans le vestibule sus-glottique, d'où elles sont expulsées par une toux violente (1) : il en résulte que, à l'état normal, l'épiglotte, une fois redressée, remplit l'office d'une digue qui, prévenant cette

(1) La culbute de cet opercule en arrière a été successivement attribuée par Galien à l'action mécanique du bol alimentaire ; par Albinus, au déplacement de la base de la langue, et par M. Magendie, au refoulement en arrière qu'éprouve le paquet graisseux qui recouvre l'épiglotte, lorsque le cartilage thyroïde élevé s'engage derrière le corps de l'os hyroïde. Des expériences directes sur les animaux vivants m'ont appris que la véritable cause de ce renversement de l'épiglotte réside dans l'élévation du larynx en avant, et le mouvement de la base de langue en arrière.

(2) Le plus souvent cette fonction, quoique commencée, se supprime brusquement sous l'influence d'une vive impression ; aussi ai-je vainement attendu pour observer de nouveau, sur trois autres moutons, le curieux phénomène u'un de ces animaux m'avait accidentellement offert.

(1) La trachée étant ouverte, on peut s'assurer qu'en effet le plus souvent rien ne tombe dans ce conduit.

chûte fâcheuse, dirige les liquides dans les deux rigoles latérales du larynx. Du reste, on conçoit facilement qu'un pareil usage ne réclame pas l'intégrité de l'épiglotte, et que les résulats contradictoires, signales en pathologie et en physiologie expérimentale, dépendent de la destruction ou de l'excision plus ou moins complète de ce fibro-cartilage (1).

L'ablation totale de l'épiglotte ne m'a pas paru changer la voix d'une manière essentielle (2).

C. *Rôle de la sensibilité de la muqueuse sus-glottique.*—Son importance peut être démontrée de la manière suivante : 1° Si l'on coupe (sur un chien ou sur un mouton) les deux nerfs récurrents et les filets des muscles crico-thyroïdiens, de manière à paralyser tous les muscles intrinsèques du larynx, et à laisser intacts les rameaux laryngés internes qui président *exclusivement* à la sensibilité de la muqueuse laryngienne et sus-glottique (3), en faisant boire l'animal avec précaution, on ne voit rien passer dans la trachée; seulement si quelques gouttes de liquide arrivent dans le vestibule sus-laryngien, la toux les rejette au-dehors; 2° sur un autre animal (chien ou mouton) excise-t-on de plus les rameaux sensitifs dont il s'agit, quoique l'occlusion de la glotte continue, comme dans le cas précédent, on aperçoit parfois quelques gouttes tomber dans la trachée; car l'animal n'étant plus averti à temps de la présence du liquide, l'occlusion de la glotte est quelquefois trop tardive, et n'arrive qu'après le passage de ce dernier; ou bien encore l'animal, au lieu d'exécuter une expiration brusque, fait considérément une inspiration qui facilite l'introduction du corps étranger dans ses voies aériennes.

D. *Degré d'importance de l'occlusion de la glotte, au second temps de la déglutition.* — Elle n'est point indispensable pour prevenir cette introduction lors de la déglutition des aliments solides ou même des *liquides versés avec grande précaution*; car j'ai vu déglutir des animaux, quoique je maintinsse écartées, à l'aide des deux branches d'une pince à disséquer, les lèvres de la glotte, et rien n'est tombé dans la trachée-artère.

Conclusion.—1° L'ascension du larynx en avant et le déplacement de la base de la langue sont des conditions essentielles de protection pour les voies respiratoires;

2° Les animaux (mammifères), auxquels on a excisé l'épiglotte, avalent, sans inconvénient, les aliments solides; mais cet opercule est nécessaire pour diriger, dans les deux rigoles latérales du larynx, les gouttes de liquide qui, après la déglutition, s'écoulent le long du plan incliné de la base de la langue, et pour prévenir leur chute dans le vestibule sus-glottique.

3° Quand, par surprise, des liquides ou des parcelles d'aliments se sont glissés dans cette espace, la sensibilité spéciale de la muqueuse qui le revêt donne lieu à une toux qui les entraîne au-dehors; si cette sensibilité est abolie par la section des laryngés internes, l'animal, au lieu d'une expiration, pourra exécuter une inspiration qui facilitera l'introduction du corps étranger dans ses voies aériennes.

4° L'occlusion de la glotte n'est point indispensable pendant le second temps de la déglutition, et la glotte fermée n'est que la dernière barrière que la nature a opposée au passage des solides et des liquides dans les voies respiratoires.

5° Cette occlusion de la glotte continue à s'effectuer (1) après la paralysie de tous les muscles intrinsèque du larynx; d'où il résulte que les mouvements de la glotte, dans la déglutition, semblent être indépendants de ceux qu'elle exécute dans la respiration.

Développement des os.

M. Flourens lit un sixième mémoire su l e dveloppement des os, ayant pour titre FORMATION DU CAL. (Nous insérerons prochainement ce travail en entier.)

Contagion de la peste.

A propos du dernier travail de M. Aubert, M. le le ministre du commerce écrit la lettre suivante :

L'Académie aura sans doute remarqué que le système de quarantaine proposé par M. Aubert a pour point de départ la détermination de la plus longue durée qu'on puisse attribuer à l'inoculation de la peste.

Cette durée, s'il était possible de la constater d'une manière certaine, serait en effet la mesure du temps de liquidation ou de quarantaine que devraient subir les provenances des pays suspects de peste. Aussi l'administration a-t-elle cherché depuis plusieurs années à obtenir des notions positives à cette égard. Malheureusement les faits et les opinions qu'elle a recueillis ne conduisent à aucun resultat qu'on puisse regarder comme définitif.

M. le ministre envoie à l'Académie deux pièces qui peuvent jeter quelques lumières sur la question. L'une est une lettre de M. le consul de France à Malte, annonçant que la peste avait été apportée au lazaret de Malte par un bâtiment turc chargé de hadgis; depuis, un autre navire turc est arrivé avec des hadgis et la peste. Trois hadgis, trois marins et un batelier maltais sont morts sur le bâtiment

(1) J'ai vu un chien, auquel depuis deux jours j'avais excisé l'épiglotte en totalité, déglutir les liquides sans tousser. A l'autopsie, je trouvai un gonflement de la base de la langue qui proéminait sur l'ouverture laryngée supérieure, tout en la laissant libre en haut et en arrière : ce gonflement pathologique remplaçait donc momentanément l'épiglotte. Ce fait intéressant m'engagea à conserver les animaux jusqu'à parfaite guérison; aussi, depuis plus de trois semaines, je réserve, à l'Ecole pratique, deux chiens auxquels chaque jour je fais boire du lait, en présence de plusieurs personnes, et la toux ne manque jamais de suivre la déglutition de ce liquide.

(2) Je reviendrai sur ce sujet dans un mémoire plus étendu.

(3) Voir notre mémoire sur les fonctions des nerfs et des muscles du larynx, dans la Gaz. méd. (juillet 1841)

(1) Par l'action des constricteurs pharyngiens inférieurs.

turc ; deux seulement ont été frappés sur le navire autrichien, un passager et un matelot ; la ville, au reste, n'a couru aucun danger.

Jusqu'ici, on avait remarqué qu'il n'y avait plus de nouveaux cas, une fois le bâtiment ancré dans le port : d'où l'on avait conclu que la peste n'est pas contagieuse loin de foyer d'infection. Cette fois des individus sains ont vu la peste se déclarer chez eux plusieurs jours après leur entrée au lazaret. Un batelier maltais qui avait aidé au débarquement des hadgis et de leurs effets prit la peste en se mettant en rapport avec ces passagers. Il avait communiqué avec eux le 17 mai ; le 7 juin seulement la peste se déclara, et le 10, il succomba avec tous les symptômes caractéristiques, un bubon entre autres. Son père, qui l'a soigné et ne l'a pas quitté d'un instant, est demeuré sain et sauf.

L'autre pièce est un extrait d'une lettre de l'intendance sanitaire de Marseille, du 18 août 1841. Le comité de santé de Malte, par une circulaire du 5 août, avait signalé l'arrivée dans le lazaret de cette île, le 18 juillet, de 72 nouveaux pèlerins musulmans venus d'Alexandrie sur un brick ottoman. L'état de ce navire paraissait bon, puisque pendant 37 jours traversée il n'avait eu ni morts ni malades, sauf 5 pèlerins atteints d'affections chroniques, constatées telles par les médecins attachés à l'administration sanitaire. Cependant les 13, 18 et 21 juillet, trois individus sont morts, deux pèlerins et un matelot, sans aucun symptôme de peste.

Le 24, c'est-à-dire, 16 jours après l'arrivée de ce bâtiment, un matelot meurt avec les symptômes les plus caractéristiques de la peste.

Saillie de l'œil consécutive à la strabotomie.

M. Baudens fait part à l'Académie d'un moyen qu'il a imaginé et pratiqué pour remédier à la saillie que fait le globe de l'œil à la suite des opérations de strabisme et surtout de celles où on a coupé plusieurs muscles. Dans ces cas, en examinant avec attention l'œil saillant, on s'aperçoit que la paupière inférieure est refoulée en bas, ce qui, en démasquant une grande partie de la cornée, pourrait faire croire que l'œil est dévié en haut. Pour s'assurer du contraire, il suffit de saisir avec de petites pinces un pli des téguments de l'angle interne de la paupière inférieure, afin de la tendre en la portant en dedans et en haut. On voit alors que le globe n'est pas plus élevé de ce côté que de l'autre.

L'opération consiste à former un pli de la peau dans l'angle interne de l'orbite et à quelque distance de la muqueuse, pour respecter les points lacrymaux, et à exciser avec des ciseaux courbes ce repli en haut et en bas, ainsi que dans l'angle orbitaire. On doit prolonger cette excision un peu plus en dehors sur la paupière inférieure que sur la supérieure. Quand on s'est assuré que la dénudation cutanée est suffisante, on réunit dans l'angle interne les paupières supérieure et inférieure par trois points de suture, dont l'externe doit comprendre un peu plus de peau que les deux autres.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE.

Effet d'un enduit imperméable appliqué sur la peau.

M. Breschet lit, au nom de M. Becquerel et au sien, un mémoire sur la détermination de la température des tissus organiques de plusieurs mammifères, et particulièrement des lapins, dont on a rasé le poil et recouvert la peau d'un enduit imperméable, composé de colle forte, de suif et de résine, accompagné de quelques expériences sur la température du sang artériel et du sang veineux.

Suivant MM. Breschet et Becquerel, la mort des animaux dont on a rasé les poils et couvert le corps d'un enduit qui s'oppose à la transpiration est due à l'asphyxie. Ils ont cherché à déterminer expérimentalement les variations de température qui surviennent chez les animaux depuis l'instant de l'application de l'enduit jusqu'à la mort. Il devait sembler naturel de penser qu'en empêchant l'évaporation de la transpiration, la température des tissus devrait très-sensiblement s'élever, et que, par cette élévation de la chaleur de tout le corps, il se développerait une forte fièvre, aux accidents de laquelle l'animal finirait par succomber. Mais c'est le contraire qui a eu lieu. Ainsi, sur un premier lapin, préparé pour l'expérience, et qui marquait 38° avant d'être rasé et enduit de la mixture, dès que la mixture fut sèche, la température, dans les muscles de la cuisse et de la poitrine, n'était plus que de 32°. Une heure après, le thermomètre était descendu à 24°, 5. Sur un autre lapin, préparé avec plus de soin, dès que l'enduit fut sec, la température du corps n'était plus que de 3° supérieure à celle du milieu ambiant, qui, ce jour-là, était de 17°. Une heure après, l'animal mourut.

Les auteurs se sont ensuite efforcés de déterminer la différence de température qui existe entre le sang artériel et le sang veineux. C'est avec de petits thermomètres, placés dans les oreillettes du cœur, que ces expériences ont été faites sur des chiens. Constamment elles ont donné des résultats semblables, c'est-à-dire, une élévation de quelques fractions de degré en faveur du sang de l'oreillette gauche.

Sur la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale.

M. J. Guérin présente un mémoire sur la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale, dont il lit un extrait. Ce mémoire est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner comparativement les divers procédés d'opération de strabisme.

Caractères des races humaines.

A propos du rapport de M. Serres sur la collection d'anthropologie, recueillie par *l'Astrolabe* et *la Zélée*, M. Virey écrit à l'Académie que les différences qui ont été signalées entre les divers peuples peuvent toutes s'expliquer par la proposition suivante : la seule position du trou occipital, et son

rapprochement du voile du palais, offre la mesure du degré de perfection et de l'intelligence comparative des races qumaines.

Plus le système céro-rachidien se centralise à mesure que l'individu se redresse debout naturellement, plus l'animalité s'élève à l'humanité, plus le cerveau se développe, plus les mâchoires se raccourcissent, plus l'angle facial s'ouvre, comme l'a montré Camper. Cela est manifeste dans la série ascendante de l'humanité, etc. On peut marquer les degrés hiérarchiques remontant des nègres et des Papous aux Malais, déjà soupçonnés d'être un produit métis. On arrive ensuite aux races successivement plus civilisables des Chinois et autres Mongoles pour atteindre la race supérieure blanche, dont les rameaux indous et arabes font partie, mais dont les tiges pélasgiques et celto-germaniques blondes sont les plus nobles et les plus intellectuelles.

Mesures sanitaires contre la peste.

M. Aubert donne quelques explications en réponse à la lettre adressée dans la dernière séance par M. le ministre du commerce : les faits qu'elle contient sembleraient contredire ce qu'a avancé M. Aubert, savoir, que jamais la peste ne s'est déclarée sur un bâtiment après son arrivée dans le port. M. Aubert fait seulement observer que cette proposition, qu'il a émise, repose sur une expérience du 124 années; qu'il a compulsé les archives de tous les lazarets, et que jamais il n'avait été jusqu'ici observé rien de semblable à ce qu'annonce M. le ministre.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE PARIS.

—

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle contient une lettre de M. le ministre du commerce, qui envoie à l'Académie un mémoire sur l'usage de la pommade sulfureuse dans la variole. (Renvoi au comité de vaccine.)

Composition du lait.

M. Devergie lit un mémoire sur les ceractères microscopiques que présentent les différentes espèces de lait. D'après 172 observations recueillies dans l'espace de sept mois et dans des conditions diverses, M. Devergie croit pouvoir établir trois espèces de lait bien distinctes, relativement au volume des globules qu'elles contiennent :

1° Le lait à gros globules;
2° Le lait à globules très-petits;
3° Le lait à globules de moyenne grosseur.

Ce n'est pas qu'un même lait ne contienne que des globules d'un seul de ces rois ordres ; ils y existent en général tous ; mais la classification est basée sur le volume de ceux qui s'y trouvent en prédominance.

Le lait du premier ordre est le plus fort et le plus nourrissant, et les autres ont des propriétés moindres et en rapport avec le volume de leurs globules. M. Devergie s'en est assuré en comparant la santé et la vigueur des enfants avec les résultats de l'examen microscopique du lait de leurs nourrices. Cependant cette inspection ne peut donner qu'une idée absolue de la composition et de la force nutritive du lait ; et elle ne suffit pas pour permettre de déterminer *à priori* si telle ou telle espèce convient à tel ou tel enfant. Il en serait autrement si l'enfant avait déjà pris, sans pouvoir s'en accommoder, un autre lait. L'emploi du microscope mettrait alors le médecin à même de décider l'espèce à laquelle on devrait donner la préférence.

Le nombre des globules contenus dans une même quantité de lait est aussi sujet à mille variétés.

Sur 100 femmes examinées on en a trouvé 17 dont le lait offrait de très-gros globules. Ce sont surtout les femmes à tempérament sanguin-lymphatique qui ont présenté cette espèce, quoiqu'elle puisse se rencontrer chez les femmes de toute constitution. Le nombre des globules n'était pas toujours en rapport avec leur volume, quoique cela soit le cas le plus ordinaire. On a aussi remarqué que les femmes de cette dernière catégorie n'avaient pas toutes les apparences extérieures qu'on regarde en général comme caractérisant les bonnes nourrices.

22 femmes ont fourni un lait à globules très-petits. Elles avaient en général un tempérament sanguin, et quelques-unes d'entre elles présentaient l'aspect de bonnes nourrices. Quoique ce lait soit moins riche en globules que celui de la première espèce, et partant moins nutritif, il convient cependant à certains enfants.

Enfin 64 femmes avaient un lait dont les globules étaient de moyenne grosseur.

Le lait n'a pas toujours une composition identique chez la même femme, dans les deux seins, quoique ce soit cependant la circonstance la plus fréquente. Lorsque l'allaitement se fait avec un seul sein, la sécrétion de l'autre n'est cependant pas pour cela complétement tarie.

Presque toujours on observe que, sous l'influence de la reprise de l'allaitement, le lait d'une femme augmente sensiblement de richesse, ou, en d'autres termes, que ses globules deviennent plus nombreux.

L'âge du lait influe-t-il sur ses qualités microscopiques? Il a paru à peu près identique depuis deux mois jusqu'à dix mois. Néanmoins, M. Devergie ne donne ce résultat qu'avec réserve ; car il est rationnel d'admettre que les propriétés nutritives du lait augmentent à mesure que l'enfant avance en âge.

Il semblerait aussi qu'il est indifférent que la nourrice soit plus ou moins âgée. La couleur de ses

cheveux et la largeur de sa poitrine sont également des circonstances qui n'influent pas sur la composition du lait. Règle générale, ce sont les seins d'un moyen volume qui fournissent le meilleur lait.

Les altérations microscopiques des globules sont peu fréquentes. Elles consistent principalement en agglomérations de globules qui disparaissent par le fait même de la continuation de l'allaitement. Il existe aussi des changements de coloration.

M. Devergie fait observer, en terminant, que, malgré l'importance de ces nouveaux documents, malgré les lumières que l'inspection microscopique peut jeter sur l'étude du lait, il est sage de tenir également compte de ses caractères physiques, ainsi que des signes d'après l'ensemble desquels on juge en général des qualités d'une nourrice.

Commissaires : MM. Baron, Chevallier et Dubois (d'Amiens.)

M. Breschet présente à l'Académie les ouvrages de M. Florio et de M. Otto. (Voy. ci-dessus le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

Anévrisme poplité.

M. Breschet présente un malade affecté d'anévrisme poplité qu'il a guéri par les saignées et l'application de la glace sur la tumeur. (L'observation sera lue à la prochaine séance.)

Hernie inguinale ancienne guérie par la méthode sous-cutanée.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur la cure radicale des hernies par la méthode sous-cutanée. Voici l'observation qui sert de base à ce mémoire:

Obs. — Martin (Pierre), détenu au dépôt de Saint-Denis, âgé de 48 ans, d'une constitution robuste, tempérament mixte, portait deux hernies inguinales réductibles, lorsqu'il nous a été présenté, il y a trois mois, par M. le docteur Louvel, chirurgien du dépôt. La hernie du côté gauche existait depuis une vingtaine d'années. Elle est survenue à la suite d'un effort et a peu augmenté depuis le moment de son apparition. Elle descend jusqu'à la moitié du scrotum, et offre, à son plus grand développement, le volume d'un œuf d'oie. Le canal inguinal parcourt un trajet presque directement antéro-postérieur. Il est large à y introduire le pouce. Après la réduction de la hernie, il ne se ferme pas et ses parois et les bords de son orifice extérieur restent même un peu tendus. Cette tension augmente sensiblement, ainsi que l'ouverture du canal, pendant les efforts, la toux, la contraction volontaire des muscles abdominaux. Du reste, la hernie est facilement réduite et maintenue à l'aide d'un bandage.

A droite, la hernie s'est développée, au dire du sujet, environ trois ans plus tard, également sous l'influence d'un effort. Elle est d'un volume un peu moins considérable que la précédente, mais descendant aussi bas dans le scrotum. L'orifice inguinal n'admet que le doigt indicateur, qui cependant, avec un peu d'effort, peut pénétrer dans l'intérieur du canal et en explorer les parois. Ce canal est dirigé moins obliquement de dedans en dehors qu'à l'état normal. Son axe forme avec le plan antéro-postérieur du corps un angle d'environ 25 à 30°, ouvert en arrière. Au repos, le canal et ses orifices ne se relâchent pas; ils restent béants, comme du côté opposé. Pendant les contractions des muscles abdominaux, les efforts, la toux, etc., on sent également le canal et l'orifice antérieur se dilater et leurs parois se tendre considérablement. Le pourtour de l'anneau antérieur devient dur et comme tranchant; ses diamètres augmentent au moins de 3 millimètres.

Ayant fait connaître à M. le docteur Louvel mes idées sur la formation de certaines hernies, et les procédés exempts de tout danger que je me proposais d'appliquer à leur cure radicale, obligeant confrère, après en avoir obtenu l'autorisation de M. le préfet de police, voulut bien encourager ma tentative. J'opérai donc le 11 juillet dernier, en sa présence et en présence de MM. les docteurs Kuhn et Longchamps, la hernie droite de Martin de la manière suivante :

Le malade était couché sur un lit, les cuisses écartées, demi fléchies, le bassin et les parties supérieures abaissées. La hernie était parfaitement réduite. On pouvait, en refoulant la peau de la racine du scrotum, introduire le doigt jusque dans le fond du canal inguinal. On sentait alors les cordes formées par les piliers de l'anneau, ainsi que les bords de l'orifice profond du canal. Je soulevai en un pli transversal la peau de la partie interne inférieure de l'aine, du pubis et de la racine du scrotum, et je la ramenai de bas en haut jusqu'au niveau de l'orifice du canal; à la base de ce pli j'enfonçai un petit bistouri en fer de lance jusqu'à l'entrée du canal, au-dessus et en dedans du cordon spermatique, qu'un aide avait soin d'attirer à lui. Dans cette ouverture j'engageai un myotome convexe, à sommet arrondi et mousse, dont la lame a 2 centimètres 5 millimètres de long sur 2 à 3 millimètres de large, supporté par une tige non tranchante de 5 centimètres de long. Ayant enfoncé toute la lame dans le canal, je coupai d'abord obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors à une profondeur d'environ 1 centimètre, ayant soin de m'assurer préalablement par le toucher de la situation du cordon, qu'un aide tenait toujours abaissé. Je retournai ensuite la lame de l'instrument, et j'incisai successivement en haut et en bas dans l'angle interne, tout près du pubis, les parties tendues formées par les deux divisions du ligament de Fallope et les fibres du grand oblique qui s'y terminent. En troisième lieu je fis, dans le trajet du canal, plusieurs scarifications superficielles dans les points intermédiaires aux trois incisions principales.

Ces différentes sections, quoique faites dans une étendue de 1 centimètre au moins pour chacun, et quoique occupant une partie du canal, n'ont atteint que les fibres aponévrotiques du grand oblique, et ont été ainsi bornées au plan superficiel du canal et à son orifice externe.

L'opération a duré en tout dix minutes. Il s'est écoulé environ une palette de sang. Après l'expulsion de l'air et d'une partie du sang contenus dans la plaie, je fermai exactement la petite piqûre de la peau, et j'appliquai sur le trajet du canal des

compresses maintenues par un spica. Le malade resta couché sur le dos, les cuisses demi-fléchies, le bassin soulevé et le reste du tronc abaissé.

M. Louvel a bien voulu surveiller l'opéré pendant les premiers jours, et me tenir au courant des suites de l'opération. Ces suites ont été des plus simples; il ne s'est manifesté aucun symptôme de réaction. Le malade a dormi toute la nuit sans douleur appréciable. Cicatrisation immédiate de la ponction.

Rassuré complétement par ces premiers résultats, j'ai cru pouvoir différer ma visite jusqu'au dimanche suivant, huit jours après l'opération. Il n'y avait plus de traces de plaie extérieure, point de rougeur ni de sensibilité dans le trajet du canal; celui-ci était le siége d'un épanchement de matière déjà consistante. Le malade continua de garder le lit. On appliqua sur le canal des compresses fixées par un bandage médiocrement serré.

Au quinzième jour, la matière épanchée s'était transformée en une nodosité de consistance presque fibreuse, qui me parut déjà suffisante pour contenir la hernie. Dans le but de m'assurer jusqu'à quel point les parties pourraient résister, je fis faire quelques efforts suffisants pour effectuer la sortie de la hernie gauche. Celle du côté opéré se maintint parfaitement. Dans les efforts de toux, le malade éprouvait un tiraillement assez sensible dans l'intérieur du canal.

Au vingt-unième jour, je permis au malade de se lever, en conservant son bandage. La toux n'était plus douloureuse. A partir de ce moment, il s'est levé tous les jours et a repris peu à peu ses travaux. Vers la cinquième semaine après l'opération, il a quitté son bandage sans en prévenir personne, continuant de travailler comme par le passé. Depuis six semaines environ, il ne porte plus aucun moyen contentif, et cependant la hernie ne s'est pas reproduite.

Aujourd'hui, Martin se trouve dans l'état suivant : toute la région iliaque droite, ainsi que la portion abdominale de l'aine de ce côté, sont moins amples, moins saillantes que du côté opposé. Le canal inguinal est oblitéré; dans les efforts, la toux, etc., on peut sentir le rebondissement des viscères contre la partie des parois abdominales située à environ 5 centimètres en dehors et au-dessus du canal. Toute la partie, siége de l'opération, se déprime, tandis que la hernie se reproduit du côté opposé. Du reste, la peau qui recouvre la cicatrice de la hernie opérée a conservé toute sa mobilité.

Après la lecture de son mémoire, M. Guérin a fait voir l'opéré à l'assemblée, et répété sous ses yeux les expériences qui pouvaient assurer de la solidité de la guérison.

Commissaires : MM. Ribes, Baffos et A. Bérard.

Traitement des engorgement du sein sans opération.

M. Tanchou demande le dépôt d'un paquet cacheté renfermant l'indication d'une méthode à l'aide de laquelle il guérit les engorgements glanduleux du sein, qui, dans l'état actuel de la science, réclament presque toujours l'opération, Sans avoir précisé en quoi consiste cette méthode, M. Tanchou l'a cependant indiquée d'une manière générale. C'est un système, un ensemble de moyens, plutôt qu'une méthode propre; ce sont l'antimoine, le mercure, l'anatomique et leurs différentes combinaisons, donnés tantôt isolément, tantôt collectivement. L'auteur annonce en outre qu'il emploie auxiliairement la saignée, les sangsues, les vomitifs, la compression. Il serait à désirer que l'auteur montrât en vertu de quelle distribution methodique de ces moyens sa médication est nouvelle et réussit.

M. Thillaye lit trois rapports : sur une modification faite à la forme des ciseaux; sur une nouvelle espèce de seringue; et sur une nouvelle construction des pistons de seringues.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Topographie médicale.

M. Dubois (d'Amiens) lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Toulmonde, ayant pour titre : *Essai sur la topographie médicale de la ville de Sédan.*

Un des principaux faits que nous avons pu saisir dans l'analyse que M. le rapporteur a faite de ce mémoire, c'est que, à l'hôpital de Sédan, le prix de la journée des malades n'est que de 49 centimes. La mortalité y est très-considérable, car elle atteint une proportion de 1 sur 4 ou 5 individus, tandis qu'il y a des hôpitaux en France, l'Hôtel-Dieu de Lyon, par exemple, où elle n'est que de 1 sur 11.

Les conclusions du rapport sont :

1° De déposer honorablement le mémoire de l'auteur aux archives;

2° De lui adresser des remercîments, et de l'inviter à compléter son travail à l'aide de renseignements plus positifs et plus étendus;

3° D'inscrire son nom sur la liste des membres correspondants.

M. Nacquart : Le rapport que vous venez d'entendre se compose de deux parties : l'une destinée à présenter l'analyse du travail de M. Toulmonde, l'autre, où M. Dubois (d'Amiens) a énoncé les principes d'après lesquels doit être rédigée une bonne topographie médicale. De ces deux parties, la première me paraît peut-être un peu trop empreinte de sévérité; n'a-t-on pas oublié que l'Académie n'a aucun droit à exercer sur ceux de nos collègues qui envoient des travaux? Une critique trop rigoureuse pourrait les décourager. La seconde partie mérite aussi le même reproche; malgré sa forme didactique, elle a tout l'air d'une leçon indirecte; car dire, à propos d'un mémoire de topographie, comment doivent être conçus les travaux de ce genre, n'est-ce pas dire que celui-ci n'est pas bien fait?

M. Dubois (d'Amiens) : Je croyais avoir traité M. Toulmonde avec tous les égards qui sont dus à un collègue. Si M. Nacquart veut bien m'indiquer les passages sur lesquels portent ses observations,

je m'empresserai de les rectifier. M. Nacquart dit que trop de sévérité dégoûterait d'envoyer des mémoires. Mais si l'on admettait ceci, il y aurait aussi, ce me semble, de quoi dégoûter de faire des rapports; ce serait détruire toute espèce de critique. On me dit que le traité des airs, des eaux et des lieux d'Hippocrate contient toutes les données nécessaires pour dresser de bonnes topographies médicales. D'après cela, il n'y aurait donc qu'à proposer le dépôt aux archives, citer Hippocrate, adresser force compliments à l'auteur, et le rapport serait fait.

M. Londe présente quelques observations sur la différence qu'il y a entre l'effet que produisent les déboisements dans les plaines, et celui qui résulte des déboisements faits sur les montagnes.

M. Dubois (d'Amiens) : Ce que vient de dire M. Londe est très-juste; mais je me suis borné dans mon rapport à citer ce fait général, signalé par M. Arago, que par suite des deboisements, les hivers ne deviennent pas plus froids et les étés plus chauds, comme le croit M. Toulmonde, mais qu'au contraire les extrêmes de température tendent alors à se rapprocher.

M. Dupuy fait quelques réflexions sur les vices qui règnent dans le mode actuel d'alimentation des bestiaux en France.

M. Larrey demande l'insertion du rapport de M. Dubois (d'amiens) dans les mémoires de l'Académie.

M. Chervin : M. Toulmonde a été dans le vrai, en signalant les bons effets de la flanelle portée sur la peau; car, depuis qu'on en fait usage, on a vu diminuer notablement certaines maladies, telles que les rhumatismes; seulement il n'a peut-être pas présenté une explication rationnelle de son mode d'agir. M. Toulmonde dit aussi que la ville de Sédan a été épargnée par le choléra. Je rappellerai à ce sujet que Lyon est dans le même cas, et cependant les conditions ont été bien plus graves pour cette dernière ville. On sait que les émigrés de Marseille y affluaient parmilliers; ces individus, quittant une ville actuellement ravagée par le choléra, en auraient indubitablement été frappés en certain nombre quelques jours plus tard, s'ils y étaient restés. Ils venaient donc à Lyon avec toutes les prédispositions possibles pour en être atteints; ils venaient en outre habiter une ville éminemment insalubre, populeuse, à rues étroites, sales, humides. Eh bien! je le répète, malgré tout cela, le choléra n'a pas paru à Lyon. Je m'associe d'ailleurs à M. Larrey pour demander l'insertion du rapport dans les mémoires de l'Académie.

M. Guibourt, après quelques observations sur la mortalité aux différents âges de la vie, dit qu'il voudrait que, parmi les préceptes à consulter dans l'établissement d'une bonne topographie médicale, le rapport eût posé celui-ci, que pour apprécier exactement la température d'un pays, il faut avoir égard plutôt aux *minima* et aux *maxima*, qu'aux moyennes déduites d'observations nombreuses, car il est reconnu que de brusques et fortes vicissitudes ont plus d'influence sur la santé publique, qu'une chaleur se maintenant plus longtemps à un degré à peu près le même.

M. Dubois (d'Amiens) : Je reconnais la vérité de ce que M. Guibourt vient de dire relativement à l'appréciation de la température. Quant à la mortalité suivant les âges, il est bien prouvé aujourd'hui que, depuis la naissance jusqu'à 11, 12 ou même 16 ans, suivant les pays, la proportion des décès va en diminuant considérablement; elle subit ensuite des fluctuations aux autres âges de la vie, mais jamais elle ne revient à ces chiffres extrêmes qu'elle atteint au moment de la naissance et à 11 ans, et qui sont véritablement son maximum et son minimum.

M. Bricheteau : M. Dubois (d'Amiens) a dit que les mesures hygiéniques à prendre contre certaines maladies épidemiques sont différentes, suivant que ces maladies se propagent par contagion ou par infection. Mais nos connaissances sur le mode d'invasion des épidémies sont, je crois, encore trop bornées pour qu'on puisse tirer parti de cette distinction dans l'établissement des mesures sanitaires.

M. Dubois (d'Amiens) : J'ai dit, en effet, que les précautions de police générale à prendre en cas d'épidémie sont différentes, suivant qu'il s'agit d'une maladie née par infection ou communiquée par contagion. Je sais bien que, dans l'état actuel de la science, on n'a pas encore exactement délimité ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces deux ordres d'affections; mais il y en a cependant quelques-unes à l'égard desquelles le doute n'est plus possible. Et n'est-il pas vrai, par exemple, que quand la maladie peut se propager par le contact, la meilleure chose à faire, c'est la séquestration des individus et les obstacles apportés aux communications. Si, au contraire, elle est, comme le typhus, due à l'encombrement, il faut disséminer les individus; et, ainsi qu'on l'a bien dit, mettre, dans ce cas, des cordons de sûreté, ce serait absolument comme si, des individus étant tombés dans un égoût, on établissait à l'orifice un cordon pour les empêcher d'en sortir.

M. Bégin : La première partie du rapport n'est qu'une analyse; elle ne peut donc être insérée que dans les bulletins, car elle ne présenterait aucun intérêt, séparée du travail dont elle est la critique. Quant à la seconde, M. Dubois ferait peut-être mieux de la revoir et d'en faire la base d'un travail plus étendu et complet sur la même matière.

M. Dubois (d'Amiens) demande lui-même que son rapport ne soit inséré que dans les bulletins de l'Acedémie.

Cette proposition est votée.

Les conclusions du rapport sont également adoptées.

Grossesse extra-utérine.

M. Blache présente à l'Académie une pièce recueillie sur une femme de 70 ans, morte à l'hôpital, à la suite de péritonite. Elle portait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur qu'on avait jugée de nature squirrheuse. La dissection a montré qu'elle était constituée par un fœtus ossifié et roulé sur lui-même. Il existait vraisemblablement là depuis trente ans; car c'est à cette époque que la malade faisait remonter l'apparition de la tumeur. Du reste, M. Blache n'a pu déterminer la situation précise

de ce fœtus, et savoir s'il était contenu dans la trompe, dans l'ovaire ou déposé dans le péritoine.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Guérison de l'épilepsie chez un chien par l'acide hydro-cyanique.

M. Bouley lit un rapport sur un travail de M. Levrat, vétérinaire à Lausanne, relatif à une observation d'épilepsie guérie chez un chien au moyen de l'acide hydro-cyanique. Voici le fait : Un chien déjà âgé était sujet à des accès d'epilepsie très-répétés et violents. Sa maîtresse, voulant s'en débarrasser, demanda à M. Levrat de lui indiquer un moyen pour le faire périr. Ce médecin fit avaler à l'animal 4 grammes d'acide hydro-cyanique qui avait été conservé à l'abri de la lumière, et qu'il mêla à 8 grammes d'alcool. Le chien tomba à l'instant sur le carreau comme frappé de la foudre, et M. Levrat se retira croyant l'avoir tué, lorsqu'il apprit le lendemain, qu'une demi-heure environ après l'ingestion du poison, l'animal était revenu à lui. Depuis lors il est parfaitement guéri de ses accès d'épilepsie, et ne conserve qu'un léger tremblottement des ailes du nez. M. Levrat se demande si l'on ne pourrait pas proposer cette substance comme remède contre l'épilepsie.

M. le rapporteur ne met pas en doute la nature de la maladie décrite par M. Levrat, mais il dit que peut-être l'épilepsie était, dans ce cas, symptomatique d'une affection gastrique. On serait du moins autorisé à le croire, lorsqu'on songe que l'épilepsie est ordinairement incurable chez les animaux. Quant à l'effet du médicament, on sait que l'état morbide atténue l'action des poisons les plus violents. D'ailleurs l'alcool ajouté à l'acide hydrocyanique devait en avoir affaibli l'énergie, et M. Bouley a calculé que, grâce à ce mélange, l'acide ne figurait guère que pour 1/81 dans la quantité du liquide avalé.

Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments.

M. Dupuy : Je crois que l'acide dont s'est servi M. Levrat avait été décomposé, car, dans les expériences que j'ai faites avec cet agent, toujours il a déterminé la mort d'une manière très-prompte. Je dirai à ce sujet que, sur le cadavre d'un chien épileptique, j'ai trouvé que les ganglions qui partent de la moelle étaient ramollis d'un côté et indurés de l'autre. Je regrette que M. Levrat ait oublié de dire si le chien dont il s'agit a vomi après l'ingestion de l'acide.

M. Chevallier : J'ai été témoin d'un fait à peu près analogue : un chien qu'on voulait détruire a avalé en deux fois 8 grammes d'acide hydro-cyanique; chaque fois il tomba, mais, en définitive, il a survécu.

M. Castel dit qu'il importe surtout de déterminer quel a été ici le mode d'action du poison sur la maladie, et il pense qu'il a agi comme résolutif.

Amputation sus-malléolaire.

V. Velpeau lit un rapport sur un mémoire adressé par MM. Arnal et Martin, qui a pour titre : *De l'amputation sus-malléolaire de la jambe, comparée à l'amputation au lieu d'élection.*

L'historique de l'amputation sus-malléolaire, dit M. le rapporteur, peut se diviser en deux périodes bien distinctes, l'une qui finit à 1840, et l'autre qui s'étend depuis cette époque jusqu'à nos jours. L'amputation des membres n'étant autrefois pratiquée que dans les cas de gangrène, on ne faisait la section des parties que dans le point précis où le mort se séparait du vif, sans autre guide que cette ligne de démarcation. Ce ne fut qu'après la découverte de la ligature des artères que les chirurgiens, désormais en possession d'un moyen capable de prévenir les hémorrhagies, purent choisir le lieu où il convenait de couper le membre. Ambroise Paré, le premier, donna l'exemple de cette conduite : ce fut lui qui fixa, pour la jambe, le lieu d'élection à cinq travers de doigt au-dessous du genou, et cette doctrine a traversé trois siècles et s'est perpétuée jusqu'à nous, sans presque soulever d'objections, quoique de temps à autre quelques chirurgiens se fussent demandé si une telle pratique n'était pas l'effet de la routine, plutôt que le fruit d'une théorie rationnelle.

Lowdham mentionna le premier, en 1679, l'amputation sus-malléolaire.

En 1684, Van Solingen conseilla formellement l'amputation de la jambe à sa partie inférieure.

Verdicin, en 1684, discute aussi la question de savoir si elle doit être préférée au procédé ordinaire, et il parle déjà de la jambe artificielle et de ses avantages.

Ravaton, en traitant de l'amputation de la jambe, dit qu'il faut la couper aussi bas qu'on le peut; il cite même un de ses malades qui, ayant été opéré de cette manière, put continuer de travailler et de marcher.

En 1740, Bromfield la pratiqua pour une gangrène du pied, et la faculté de marcher se rétablit si bien qu'on pouvait à peine distinguer quelle était la jambe amputée.

Vhyte dit qu'en 1769 le hasard lui suggéra l'idée de mettre en usage ce mode opératoire, qu'il y procéda en faisant une incision circulaire, et que le succès fut tellement complet que le malade marchait très-bien, quoique la machine dont il se servait fût très-imparfaite.

Alanson et B. Bell ont également préconisé cette opération, et ont vu la cicatrisation du moignon se faire en un temps très-court, en 16 et 21 jours.

Vacca Berlighieri faisait l'amputation sus-malléolaire toutes les fois que la hauteur à laquelle remontait la lésion le permettait.

En 1829, Salémi publia sur ce sujet un mémoire étendu; mais, du reste, il n'y citait aucun fait qui lui fût propre.

Moi-même, Messieurs, ajoute M. Velpeau, en 1831, je disais que l'opération exécutée à la partie

inférieure est moins grave que lorsqu'on la fait dans le lieu d'élection, et qu'on n'est pas en droit d'affirmer qu'il soit impossible de construire des machines avec assez de perfection pour simuler la portion de membre détruite, et permettre de marcher en laissant à peine apercevoir la difformité.

Malgré cet ensemble d'autorités et le nombre non moins imposant des exemples de guérison qui confirment leur témoignage, cette opération est encore repoussée par quelques sommités chirurgicales de notre époque, et presque tous les praticiens de province, suivant en cela les errements de leurs maîtres, amputent la jambe exclusivement dans le lieu d'élection.

Voici les propositions que MM. Arnal et Martin établissent en faveur de l'amputation sus-malléolaire :

1° Elle est d'une exécution plus prompte et plus facile que celle faite suivant la méthode ordinaire.

2° Elle cause moins de douleur.

3° Elle est moins souvent accompagnée de la gangrène du lambeau, si fréquente dans la méthode ordinaire.

4° Elle expose moins aux hémorrhagies consécutives.

5° La fièvre traumatique qu'elle provoque est plus légère, moins orageuse.

6° La cicatrisation est plus rapide.

7° En raison de la prompte guérison de la plaie d'amputation, celle-ci est moins sujette à être affectée de pourriture d'hôpital.

8° On remarque moins ordinairement à sa suite la conicité du moignon.

9° Les malades sont plus rarement atteints de résorption purulente.

10° Enfin, après la guérison, le malade est moins exposé aux accidents de pléthore générale, et il peut se servir plus librement de son membre.

Aucune des objections élevées contre ce procédé, continuent MM. Arnal et Martin, n'a de fondement réel. C'est tout à fait à tort qu'on lui a reproché de produire la nécrose des tendons, les fusées purulentes et une infériorité marquée, sous le rapport de la commodité du membre mutilé, pour la station et la marche.

MM. Arnal et Martin ont réuni 97 observations d'amputation sus-malléolaire, empruntées à la pratique de 25 chirurgiens et prises dans les conditions les plus diverses de sexe, d'âge, de maladies, de pays; sur ces 97 cas, il y a eu 87 succès complets; la proportion des guérisons aux décès serait donc comme 1 est à 9. En d'autres termes, on ne perdrait qu'un opéré sur 10, tandis qu'ils tiennent de Dupuytren que l'amputation de la jambe au lieu d'élection coûte la vie à 1 sujet sur 4. Ils sont donc bien en droit de s'étonner de la résistance que l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles rencontre encore parmi les chirurgiens. Peut-être la plupart d'entre eux sont-ils arrêtés par la difficulté de trouver ensuite des moyens prothétiques convenables; et c'est là, il faut l'avouer, un inconvénient sérieux, car les membres artificiels mal construits gênent la progression, ou ne permettent du moins au malade de marcher qu'en fauchant et en soulevant l'épaule à chaque pas.

Reprenons maintenant, dit M. Velpeau, les propositions des auteurs une à une, pour mieux apprécier la valeur de chacune d'elles.

Le manuel opératoire est effectivement plus facile et un peu plus prompt dans l'amputation sus-malléolaire; cependant la différence n'est pas aussi considérable que le prétendent MM. Arnal et Martin. Les temps à exécuter sont aussi nombreux dans ce procédé que dans l'autre, et certainement la dissection de la peau est ici plus délicate que ne peut l'être la section des muscles dans l'amputation près du genou.

Il en est à peu près de même de la douleur, qui, de nos jours, est rarement portée assez loin pour devenir une source réelle de dangers; il est vrai de dire toutefois que l'amputation à la partie inférieure en détermine un peu moins.

Quant à la gangrène du lambeau, MM. Arnal et Martin disent qu'elle s'observe fréquemment après l'amputation ordinaire : sans doute ils ont voulu entendre par là l'ulcération de la peau, qui arrive parfois au niveau de l'angle antérieur du tibia, mais ce n'est qu'un accident sans importance. D'un autre côté, la gangrène n'est pas aussi rare qu'on le dit dans l'amputation au-dessus des malléoles, puisque M. Lenoir a imaginé un procédé ayant spécialement pour but de la prévenir. Moi-même, je l'ai observée trois fois sur dix opérés; mais il y avait, à la vérité, des circonstances particulières qui pouvaient l'expliquer. Ainsi, dans un cas, l'opération fut faite pour une affection qui avait déterminé l'oblitération des veines du membre; une autre fois, le pied et les parties voisines avaient subi une forte contusion; dans la troisième observation, une hémorrhagie avait forcé de tamponner, et d'exercer par conséquent une compression assez forte sur la peau du moignon.

Pour ce qui est relatif à l'hémorrhagie, nous ne croyons pas qu'elle soit plus commune dans un cas que dans l'autre.

Fièvre traumatique. L'amputation sus-malléolaire n'en produit habituellement qu'une très-modérée.

Inflammation et suppuration consécutive. Nous ne pouvons admettre que l'amputation sus-malléolaire expose moins que l'autre à ces accidents, car nous avons plusieurs fois pu constater le contraire.

Cicatrisation. On ne peut s'empêcher de reconnaître que la cicatrisation est beaucoup plus prompte à la suite de cette opération, et on peut compter, en règle générale, qu'elle a lieu dans l'espace de vingt à trente jours.

Pourriture d'hôpital. Il n'y a que peu de différence sous ce rapport entre les deux opérations que nous comparons.

Conicité du moignon, nécrose. Ces accidents sont aujourd'hui si rares, qu'on ne peut guère savoir dans quel cas ils se sont montrés le plus souvent. D'ailleurs, dans l'un comme dans l'autre, les mêmes causes seraient aptes à les produire.

Phlébite, infection purulente. Nous déclarons que cette fâcheuse complication est *infiniment* plus rare après l'amputation sus-malléolaire. Sur 10 cas, nous ne l'avons observée qu'une seule fois, et encore

le malade dont il s'agit était-il placé dans des circonstances toutes particulières.

Le moignon résiste en général aussi bien à la fatigue qu'après la section du membre au lieu d'élection, et les douleurs symphatiques n'y sont pas plus communes. Quant à la pléthore consécutive, ce n'est pas ordinairement en considération de cet effet secondaire que l'on calcule la valeur des divers procédés d'amputation.

La revue que nous venons de faire montre déjà que les auteurs du mémoire n'ont pu se défendre d'une certaine exagération dans leur apologie de l'amputation sus-malléolaire, et dans la critique qu'ils ont faite de la méthode ordinaire. Cette exagération doit nous faire craindre qu'ils ne soient tombés dans le même défaut, relativement à leur statistique, et cela est fort possible, car, n'ayant pas pratiqué l'opération eux-mêmes, ils n'ont pu que réunir des faits propres à d'autres chirurgiens. Or, il en existe quelques-uns dans la science qui leur ont échappé. D'après le résultat de nos opérations, dit M. Velpeau, et les renseignements que nous ont transmis plusieurs de nos collègues, nous pourrions dresser aussi une statistique dans laquelle la proportion des morts serait de 1 sur 7 ou 8, chiffre un peu différent de celui donné par MM. Arnal et Martin.

Voici, en définitive, les avantages et les inconvénients propres à l'amputation sus-malléolaire. Quant au manuel, elle présente quelques difficultés pour disséquer la peau et pour bien égaliser les surfaces osseuses. Elle expose aussi à l'angioleucite, à l'inflammation des gaînes fibreuses, aux fusées purulentes, etc. La rétraction consécutive des muscles du jarret peut entraîner la jambe dans la flexion, effet qui serait ici un inconvénient, tandis qu'il serait au contraire plutôt heureux que nuisible après l'amputation dans le lieu ordinaire. Du reste, la ténotomie triompherait aisément de cette déviation du membre.

Les avantages réels de cette opération sont de deux ordres. D'abord, elle compromet moins la vie, la réaction est moins vive et la guérison plus prompte. En second lieu, elle conserve l'usage du genou, rend la marche plus facile et la difformité beaucoup moins apparente. Quant à ce dernier avantage, il faut bien reconnaître qu'on ne peut l'obtenir qu'à l'aide d'un mécanisme très-compliqué, fort coûteux, et qu'on pourrait difficilement parvenir à se procurer et même à faire convenablement réparer en province.

De ce qui précède, nous tirons les conclusions suivantes :

1° L'amputation sus-malléolaire est notablement moins dangereuse que celle qu'on pratique au lieu d'élection.

2° Il est possible d'adapter aux membres qui ont subi cette opération des moyens prothétiques qui permettent de marcher et dissimulent la difformité.

3° Le membre artificiel qui offre le plus d'avantages est celui qu'a imaginé et que fabrique M. Martin.

4° Avec ce membre, on pourra se livrer à la marche, s'asseoir, se lever, monter, descendre, se livrer en un mot à tous les mouvements que nécessitent les habitudes de la vie sociale.

5° Pour les individus qui ne pourraient parvenir à se procurer un membre artificiel bien construit, c'est encore une question que de savoir si l'amputation sus-malléolaire devrait être préférée à l'autre.

6° Ce serait une découverte du plus haut intérêt que de trouver un mécanisme peu coûteux et remplissant toutes les conditions voulues pour permettre les mouvements de la jambe.

Nous proposons en conséquence d'adresser des remercîments aux auteurs et de renvoyer leur mémoire au comité de publication.

M. Gimelle : Au retour de la campagne de Russie, on reçut aux Invalides environ 30 ou 34 militaires blessés auxquels la jambe avait été amputée au-dessus des malléoles. Eh bien! ils éprouvèrent tous de vives douleurs dans le moignon, des ulcérations difficiles à guérir se déclarèrent sur la cicatrice ; bref, les accidents consécutifs furent tels que 21 ou 22 d'entre eux se décidèrent à subir l'amputation au lieu d'élection pour se débarrasser de ce moignon incommode. Un de ces soldats, auquel son chirurgien avait refusé de couper de nouveau la jambe, déchirait de ses propres mains la cicatrice afin de se mettre dans un état tel qu'on ne pût s'abstenir de faire droit à sa demande. Voilà des résultats bien capables de faire naître le doute sur la supériorité de la méthode qu'on vient préconiser devant vous. On dit qu'elle détermine une réaction moins forte ; mais est-ce 5 ou 6 pouces de plus ou de moins qui peuvent causer une bien grande différence ? On cite des chiffres ; je ne prétends point les contester, mais je puis leur opposer des résultats tout aussi beaux, dus à l'emploi du procédé ordinaire. Sur 34 amputations de jambes faites au lieu d'élection, M. Pasquier, aux Invalides, n'a perdu qu'un seul malade.

On voulut essayer une des nouvelles jambes artificielles de M. Martin sur un invalide qui, jusque là, s'était servi d'un pilon. Cet homme ne put la supporter, et il vint demander à genoux qu'on voulût bien le débarrasser de cet instrument de torture. Sans doute, j'avoue que ces membres artificiels présentent un aspect agréable ; j'admets encore que les personnes qui ont de la fortune pourront trouver dans le changement d'appareils prothétiques un moyen de tromper leurs souffrances ; mais je persiste à dire que tout homme qui préférera son repos à la beauté du coup d'œil devra donner la préférence à l'amputation dans le lieu ordinaire.

M. Larrey : Je suis étonné que M. Velpeau, qui a déployé une si grande érudition, n'ait pas songé à consulter la relation de mes campagnes. Il aurait pu y voir, et cela dans un volume qui vient de paraître récemment, l'histoire d'un général auquel on fit l'amputation à la partie inférieure de la jambe, pour le tétanos, et qui succomba. Il aurait aussi pu y voir que sur 10 amputations faites au lieu d'élection, j'ai guéri 8 ou 9 opérés. J'ai eu, avant M. Pasquier, 19 succès sur 20 opérations de ce genre. Lorsqu'au contraire vous amputez près des malléoles, vous ne pouvez espérer la réunion par première intention, car il faut, pour que la plaie se ferme, que les extrémités osseuses s'usent, s'arron-

dissent, ce qui est nécessairement très-long. D'ailleurs c'est de tous les procédés celui qui est le plus souvent suivi de nécrose, à raison de la texture spongieuse des os que l'on divise. Il pourra réussir chez les jeunes sujets, car chez eux toute opération est suivie de succès, mais pratiqué sur des adultes, il ne donnera que de mauvais résultats. En amputant au bas de la jambe, et par conséquent dans le voisinage de la lésion, on sera très-souvent exposé à laisser dans le moignon quelque partie altérée. Le chirurgien ne doit pas avoir en vue la coquetterie de son malade, mais sa conservation. Eh bien ! je le répète, par ce procédé, il y a réellement moins de chances de guérison que lorsqu'on ampute près des condyles du tibia.

M. Velpeau : Je suis sincèrement affligé d'avoir pu contrarier M. Larrey en ne mentionnant pas ses ouvrages ; mais M. Larrey a tort de croire que je ne les ai pas lus. Ils contiennent des documents trop précieux dans toutes les questions de chirurgie, pour qu'on puisse m'accuser d'une pareille omission. Mais les objections qu'il a faites contre l'amputation sus-malléolaire ayant été déjà présentées par d'autres auteurs, je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire de le prendre à partie dans cette circonstance. Il me semble qu'il y a entre cette amputation et l'ancienne une différence que ne saisissent pas bien mes adversaires. Dans celle-ci, on détruit la fonction du genou, et dès lors le malade ne pourra marcher qu'en fauchant, et s'il reste assis, son membre fera en avant une saillie fort désagréable à voir. Par le nouveau procédé, les mouvements du genou sont conservés, et peut-on nier que ce ne soit là un grand avantage, surtout quand cet avantage n'est pas acheté trop chèrement ? Toute la question est donc là : sous le rapport de la perfection des mouvements qu'elle permet à sa suite, l'amputation sus-malléolaire a la supériorité, et d'autre part, elle ne compromet pas plus la vie des malades. Elle ne la compromet pas plus, la théorie seule devrait le faire pressentir, et j'ai prouvé tout à l'heure, par des chiffres, qu'elle est en réalité moins dangereuse. On a opposé des chiffres aux nôtres ; M. Gimelle dit que sur 34 amputés près du genou, il n'en a perdu qu'un seul. Je lui en fais mon compliment bien sincère ; mais il faut convenir que les choses ne se passent pas ainsi dans les autres hôpitaux. D'ailleurs quelle confiance peuvent inspirer des statistiques aussi restreintes. Rien n'est trompeur comme ces résultats basés sur un petit nombre de cas. Ainsi dans la campagne d'Alger, sur 29 amputés de la jambe, au lieu ordinaire, on en a vu mourir 24, puis immédiatement après et dans les mêmes conditions, on en a sauvé 19 sur 20. Laquelle de ces deux proportions méritait de faire loi ? La mortalité des amputations de jambe n'est pas appréciée partout de la même manière, et nous savons qu'à l'Hôtel-Dieu de Lyon et de Paris on regarde 4 morts sur 10 ou 11 opérés comme un résultat très-heureux. En somme, il est bien reconnu aujourd'hui que dans l'amputation au lieu d'élection, la proportion des morts et de 1 sur 4 ou 5, tandis que dans l'amputation sus-malléolaire elle est d'environ 1 sur 10. Il y a donc là un avantage très-digne d'attention, car c'est quelque chose, ce me semble, que de perdre la moitié moins de malades. N'y eût-il que cette considération, ce serait certes, à mes yeux, un motif suffisant pour donner la préférence à cette opération, dans les conditions voulues, bien entendu. On a dit que la guérison n'avait lieu que chez les enfants ; on a contesté la possibilité du rétablissement du membre. Je puis affirmer que 5 individus que j'ai soumis à cette opération ont recouvre l'usage de leur membre au point qu'on peut à peine deviner s'ils ont subi une amputation. Une dame, à qui je l'avais faite, m'ayant abordé dernièrement dans la rue, je ne pouvais la reconnaître, car rien dans sa démarche ne différait de celle des autres personnes. Elle a pu aller cet hiver au bal et danser ; je ne dis pas qu'elle ait fait des entrechats, mais elle a pu accepter plusieurs contredanses. M. Blandin vous a montré ici, il y a trois ou quatre ans, une de ses malades qui, pourvue d'un membre artificiel de M. Martin, marchait librement, montait, descendait, s'asseyait, etc. M. Gimelle a cependant cité un fait opposé à ceci ; il a parlé d'un invalide qui n'avait pu supporter la jambe mécanique ; mais est-ce là une objection bien sérieuse ? Je ne le pense pas ; vous savez d'abord que les invalides n'attachent pas un grand prix à se délivrer de leur difformité. Mais il y a plus ; l'homme dont il s'agit était amputé depuis longtemps ; il faisait usage du pilon et était habitué à porter son genou fléchi. L'articulation n'était donc plus dans des conditions qui pussent lui permettre de se prêter à l'extension. C'était une charnière rouillée, et chacun sait combien les mouvements d'une jointure sont difficiles quand elle a longtemps conservé la même attitude. Que prouverait d'ailleurs un seul fait ? Cet homme n'a pu supporter l'appareil, mais mille autres ne s'en servent-ils pas tous les jours sans aucun inconvénient ? Je conviens cependant que si un homme n'était pas assez riche pour se procurer un membre artificiel, ou même s'il avait besoin de rester debout une grande partie de la journée, ce serait une question que de savoir si on devrait l'amputer au-dessus des malléoles, et on ne devrait s'y décider qu'après l'avoir bien informé des suites de cette opération. Mais pour les gens riches et qui ne sont pas astreints à des travaux pénibles, elle est dans tous les cas parfaitement applicable. M. Martin a amené ici, et vous pourrez le voir tout à l'heure, un individu qui a été amputé des deux jambes, et auquel il a appliqué deux de ses membres artificiels avec tant de succès, que, malgré sa double mutilation, cet homme peut se tenir debout et marcher.

M. Gimelle : Je persiste à dire que les malades qui ne voudront pas être exposés ultérieurement à éprouver des douleurs dans le moignon devront se faire amputer au lieu d'élection, et non pas au-dessus des maléoles. Quant à la mortalité, ce n'est pas l'opération qui la détermine, elle tient à la nature de la maladie pour laquelle on pratique l'amputation ; par conséquent, il importe peu qu'elle soit faite quelques pouces plus haut ou quelques pouces plus bas.

M. Velpeau : Le point capital, dans cette discussion, c'est la proportion des morts ; eh bien ! elle est évidemment moins forte après l'amputation sus-

malléolaire. M. Gimelle prétend que les opérés ne succombent qu'à cause de la maladie pour laquelle on les ampute. On avait déjà cherché à établir autrefois que jamais on ne meurt de l'opération, mais bien d'une maladie interne ; admettons-le, j'y consens, mais la question sera toujours de savoir quelles sont les opérations qui donnent le moins de chances de voir se développer ces maladies internes qui emportent les amputés. Or, vous ne pouvez nier que l'amputation sus-malléolaire n'ait l'avantage sous ce rapport.

M. Larrey : J'ai vu un prince allemand qui avait été amputé de la jambe au lieu d'élection, et qui, grâce à un membre artificiel habilement construit, marchait aussi bien qu'il aurait pu le faire avec les appareils dont parle M. le rapporteur.

M. Bouvier : La question qui se discute est complexe; elle est chirurgicale et physiologique. Je ne la traiterai pas sous le premier point du vue, et l'on comprend facilement pourquoi. Quant aux fonctions du membre, le fait qu'a cité tout à l'heure M. Gimelle, d'un invalide qui ne put supporter une jambe mécanique, n'est pas aussi probant qu'il le semble d'abord. Il paraît, je n'affirme rien et M. Gimelle pourra relever mes observations si elles sont erronées, il paraît que ce militaire désirait avoir la croix, et qu'il a dit qu'avec la nouvelle jambe mécanique il n'aurait pas l'air assez estropié ; il paraît aussi que c'était chez lui un parti pris de ne pas vouloir se prêter à l'essai qu'on lui proposait, et que ç'aurait été seulement après l'avoir portée quelques heures qu'il serait venu rendre sa mécanique. Dans l'appareil de M. Martin, la jambe amputée repose par toute sa surface, et le poids du corps est supporté à la fois par l'ischion qu'un bourrelet circulaire embrasse largement et par les condyles du tibia; il y a donc parité de condition entre ce mode de support et celui qu'on donne aux sujets qui ont été amputés de la cuisse; or, tout le monde sait que, chez ces derniers, la station et la marche sont faciles.

M. Gimelle : Je me borne à rétablir le fait auquel M. Bouvier a fait allusion : l'invalide dont il est question vint demander, les larmes aux yeux, qu'on le débarrassât de cet instrument de torture ; il n'y avait pour lui ni espoir d'avoir la croix ni perspective d'aucune récompense de ce genre; c'était un homme de sens, parfaitement capable de raisonner ses actions.

M. Bouvier : Mais quel genre de souffrances causait l'appareil? Sous quel rapport l'appelait-il un instrument de torture?

M. Gimelle : L'appareil causait assez de douleur pour qu'on ait été obligé de l'enlever.

B. Bouvier : Au moins faudrait-il savoir combien de temps après son application le malade a commencé à s'en plaindre?

M. Gimelle : Je n'ai pas de renseignements positifs sur ce point.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY,

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Autoplastie.

M. Blandin présente, au nom de M. Fabrizzi, de Modène, un mémoire sur une opération de rhinoplastie, que ce chirurgien a pratiquée par la méthode italienne. M. Blandin propose de présenter à l'Académie une analyse de ce travail. Cette offre est acceptée avec empressement.

M. Villeneuve lit un rapport sur un cas de tumeur fibreuse de l'utérus, de ténia et de cancer du rectum, dont l'observation a été envoyée par M. Seurre.

Prophylaxie du croup.

M. Gauthier de Claubry fait un rapport sur un mémoire de M. Mazières, relatif à la fréquence du croup et à un moyen facile de préserver les enfants de cette maladie. L'auteur dit que le croup est extrêmement fréquent à Laigle; mais M. le rapporteur ne croit pas qu'on puisse regarder cette assertion comme suffisamment démontrée. En effet, la nature de la maladie a été constatée d'une manière un peu vague, et même M. Mazières a, dans quelques cas, établi son diagnostic d'après ce seul signe que les enfants avaient une *toux lugubre*. Quant au moyen préservatif, il consisterait à placer les sujets chez lesquels on craint l'invasion du mal hors des courants d'air et loin des portes et des fenêtres.

M. Bouvier désirerait que M. le rapporteur se fût prononcé sur la valeur des faits relatés par M. Mazières.

M. Gauthier de Claubry répond que son mémoire ne contient que des assertions sans détails, des faits rapportés d'une manière très-sommaire.

M. Bouvier : Il est constant, du moins d'après le témoignage, de M. Mazières que, dans plusieurs familles, dont il cite les noms, et où plusieurs enfants étaient déjà morts du croup, il a suffi de changer le mode d'aérage des appartements pour empêcher la maladie de reparaître.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Traitement du croup.

M. Gauthier de Claubry lit un rapport sur un cas de croup, observé par M. Séchaud, médecin à Chalus (Haute-Vienne), et traité avec succès par l'émétique à haute dose. L'auteur propose ce moyen comme très-efficace dans des cas semblables. Mais, d'après M. le rapporteur, l'observation est trop incomplète pour qu'on puisse se prononcer avec certitude sur la nature de l'affection et, par conséquent, sur l'opportunité du médicament.

Les conclusions du rapport sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

Peste.

M. Delaporte lit un mémoire sur la peste orientale dans les différentes parties de l'empire ottoman. (Commissaires : MM. Pariset, Kérendren et Larrey.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE BELGIQUE.

—

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à 11 heures.

Présents : MM. Baud, Broeckx, Brogniez, Burggraeve, Craninx, Dehemptinne, Delahaye, Delavacherie, Demeyer, Fallot, Foudrigney, François, Froidmont, Gaudy, Gauzée, Graux, Hensmans, Jaussens, Lebeau, Lombard, Michaux, Pasquier, Petry, Raikem, Sauveur, Seutin, Stas, Tallois, Thiernesse, Vancoetsem, Vancutsem, Verbeek, Verheyen, Vleminckx, Vottem.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'Académie n'ayant point statué sur divers points soulevés dans la dernière séance, le président lui soumet, au nom du bureau, les propositions suivantes, qui sont successivement adoptées :

1° D'autoriser le bureau à accuser réception, au nom de la compagnie, des ouvrages imprimés dont il lui est fait hommage et à adresser des remercîments aux personnes qui en font envoi. Cette autorisation s'appliquera tant aux ouvrages déjà transmis qu'à ceux à transmettre ;

2° De permettre la circulation parmi les membres de la compagnie, de la liste de souscription pour le monument à ériger à Vésale ;

3° De renvoyer à la deuxième section, pour examen et rapport, la note ou l'extrait du rapport du sieur Vanhamme, relative au traitement de l'ophthalmie égyptienne ;

4° De renvoyer à la troisième section, pour examen et rapport, l'observation communiquée à l'Académie, par M. le docteur Lutens, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Gand ;

5° De renvoyer à cette même section, pour examen et rapport, la communication de M. Cunier, relative à un moyen qu'il a imaginé pour obvier à la saillie plus ou moins marquée que forme presque toujours le globe de l'œil, par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans les profondeurs de l'angle interne, après la section de l'adducteur oculaire dans le strabisme convergent ;

6° De déposer, provisoirement, aux archives, sauf à renvoyer plus tard, pour examen, à la commission qui sera chargée de la révision de la pharmacopée, la communication de M. Rigouts Verbert, pharmacien, à Anvers, relative à la pharmacotechnie.

Communication du bureau et correspondance.

M. le président rend compte de la réception que le roi a faite à la députation qui a été chargée d'aller lui offrir les sentiments de gratitude de la compagnie, à l'occasion de son institution. Il donne ensuite lecture des paroles qu'il a adressées à S. M. et de la réponse qu'elle a daigné y faire. L'Académie décide, sur la proposition de quelques-uns ses membres, que ces paroles seront inscrites dans le procès-verbal de ce jour.

Par diverses lettres, dont il est donné communication, M. le ministre de l'intérieur transmet,

1° Un mémoire de M. le docteur Vanmeerbeck, de Malines, sur l'état actuel de l'enseignement médical à Paris, comparé à celui qui se donne en Belgique ;

2° Le projet d'une instruction destinée à amener une concordance dans la désignation des maladies qui causent les décès, et celui d'un tableau nosographique à tenir dans les hôpitaux civils et militaires, les hospices, les dépôts de mendicité, les prisons et les cliniques des universités, pour réunir une partie des éléments nécessaires à la formation d'une statistique médicale du royaume ;

3° Les avis donnés par les Facultés de médecine des universités et par les commissions médicales, provinciales et locales, concernant la révision des lois et arrêtés sur l'exercice de l'art de guérir ;

4° Une collection des écrits publiés par M. le docteur Schœnfeld.

L'Académie décide que le mémoire de M. Vanmeerbeck sera envoyé à une commission, à nommer par le bureau, composée d'un membre de chaque section ; que les avis donnés par les Facultés de médecine des universités et par les commissions médicales, provinciales et locales, concernant la révision des lois et arrêtés sur l'exercice de l'art de guérir seront mis entre les mains de la commission chargée de la revision de ces lois et arrêtés ; que les écrits de M. Schœnfeld seront déposés aux archives.

Pour ce qui concerne le projet d'une instruction destinée à amener une concordance dans la désignation des maladies qui causent les décès, et celui d'un tableau nosographique, le président fait connaître qu'ils ont été renvoyés, par une décision du bureau, vu l'urgence, à la commission chargée de l'examen de l'affaire relative aux inhumations. L'Académie approuve cette résolution.

M. le ministre de l'intérieur consulte la compagnie sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas que les ouvrages dont il lui est fait hommage ou qu'elle publiera elle-même, fussent placés à la bibliothèque royale, aux mêmes conditions que celles acceptées par l'Académie des Sciences, pour la bibliothèque communale.

L'Académie, après avoir pris connaissance de ces conditions, autorise le bureau à y souscrire.

M. le ministre de l'intérieur informe également l'Académie,

1° Qu'il a invité la commission chargée de la révision de la pharmacopée, à faire à la compagnie la remise des archives de cette commission ;

2° Qu'il se réserve de statuer sur les propositions

qui lui ont été faites pour la publication du bulletin de l'Académie.

M. Labage, pharmacien à Thémister, adresse la copie d'une requête que plusieurs pharmaciens des provinces de Liége et du Limbourg ont présentée à la chambre des représentants pour obtenir un changement à l'art. 12 de la loi du 12 mars 1818, qui autorise les médecins et chirurgiens exerçant dans les communes rurales à préparer et à fournir eux-mêmes les médicaments à leurs malades.

MM. Petit, de Waton, et Lepoutre, de Poperinghe, transmettent un travail imprimé qu'ils ont rédigé en vue de régulariser l'exercice des différentes branches de l'art médical.

L'Académie renvoie ces pièces à la commission chargée de la révision des lois et arrêtés sur l'exercice de l'art de guérir.

M. le secrétaire perpétuel de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles, informe la compagnie qu'il est autorisé à entrer en relations avec elle et à faire un échange de publications. Le bureau est chargé de lui adresser les remercîments de l'Académie.

Mémoires et ouvrages présentés. — Manuscrits.

1° Considérations médico-légales sur le raccourcissement de l'empreinte des pieds, par le docteur L.. Mascart, d'Ohain, province de Brabant;

2° Réflexions sur la variole et sur la varioloïde, par le docteur Van Berghem, de Willebroek;

3° Quelques mots sur la cause du mouvement de flexion qui constitue le premier temps de mécanisme de l'accouchement naturel, par le docteur Zoude, de Tournay;

4° Observation sur un kyste hydatique du poignet, par le docteur Decaisne, à Hasselt;

5° Recueil d'observations par le docteur Rul Ogez, d'Anvers;

6° Considérations sur les sourds-muets par le docteur Verté, de Bruges;

7° Mémoire sur les fonctions du corps thyroïde, de thymus, de la rate et des capsules surénales, ou théorie de la dérivation du sang, par le docteur Fossion, de Liége;

8° Excision d'un lambeau de conjonctive et réunion des bords de la plaie au moyen de la suture, pour remédier à la saillie du globe de l'œil, consécutive à l'opération du strabisme, par M. Cunier, à Bruxelles.

Ces diverses communications seront provisoirement déposées aux archives; celle de M. Cunier sera transmise, en outre, à l'avis de la troisième section.

L'Académie reçoit de la part de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres et de divers médecins, un assez grand nombre d'ouvrages déjà connus.

L'Académie décide que ceux de ces ouvrages appartenant à des personnes qui ont sollicité le titre de membres de la compagnie seront renvoyés aux sections.

Le secrétaire donne ensuite connaissance des demandes faites pour les places de membres adjoints.

Ces demandes, jointes à celles dont il a déjà donné connaissance dans la séance précédente, s'élèvent à cinquante-sept.

Lecture de rapports.

M. le président cède le fauteuil à M. le docteur Lombard, pour donner communication du rapport de la quatrième section sur l'affaire dont M. le ministre de l'intérieur a saisi l'Académie, par sa lettre du 6 octobre dernier. Ce rapport et ses conclusions ayant été unanimement adoptés, la compagnie charge le bureau d'informer M. le ministre que la halle à la viande que les époux Dewever demandent à ouvrir dans un bâtiment situé place du Grand-Sablon, à Bruxelles, présente toutes les garanties désirables sous le rapport de la salubrité.

MM. Dehemptinne et Froidmont font observer que cet avis est entièrement conforme à celui qu'ils ont été appelés à émettre sur cette même affaire, en leur qualité de membres du conseil communal.

M. Vleminckx ajoute verbalement à son rapport cette particularité, que le cubage des diverses halles à la viande de Bruxelles a démontré,

1° Que la grande halle a 40 1/2 mètres cubes d'air par étal (4,100 mètres pour 101 étaux);

2° Que la halle de la rue des Fripiers a 35 mètres par étal (2,771 mètres pour 79 étaux);

3° Que la halle du Marché-aux-Récollets a près de 36 mètres par état (1,040 mètres pour 27 étaux);

4° Que la halle de la rue des Brigittines a 27 mètres par étal (1,384 mètres pour 50 étaux), tandis que la halle à ouvrir au Grand-Sablon a 47 1/2 mètres cubes d'air par étal (2,565 mètres pour 54 étaux).

M. Delavacherie fait lecture du rapport de la commission qui a été chargée d'examiner les instructions rédigées à la demande de M. le ministre des travaux publics sur les moyens hygiéniques propres à garantir la santé des ouvriers mineurs et sur les premiers secours à leur administrer en cas d'accident.

Ce rapport, concluant à l'approbation de ces instructions, sauf quelques légères modifications, est approuvé. Il sera écrit dans le sens de ces conclusions à M. le ministre de l'intérieur.

L'Académie approuve également le rapport lu par M. le docteur Graux, au nom de la première section, sur l'offre que M. Barthel fait à la compagnie, de lui céder son cabinet de phrénologie pour la somme de 1000 fr.

Cette affaire sera soumise à M. le ministre de l'intérieur.

M. Fallot fait remarquer que si l'Académie fait l'acquisition du musée de M. Barthel, il connaît une personne qui fera hommage à l'assemblée de 200 crânes.

Résolutions concernant les nominations des membres adjoints et correspondants.

M. le président, au nom du bureau, propose à l'Académie de soumettre les demandes faites pour les places d'adjoints, successivement à toutes les sections, et d'appeler le sort à décider l'ordre suivant lequel chacune d'elles procéderait au choix de ses candidats. Cette proposition est adoptée.

M. Vottem fait remarquer que plusieurs hommes que l'Académie devrait tenir à honneur d'avoir dans son sein ne se sont pas présentés pour remplir les places de membres adjoints; il pense que leur abstention est le résultat de la mesure que l'Académie

a prise d'exiger des demandes formelles de la part de tous les candidats, et qu'il y aurait lieu à revenir sur cette résolution.

Cette opinion est combattue successivement par MM. Burggraeve, Fallot, Seutin et Vancoetsem, qui demandent formellement que l'Académie maintienne sa décision.

La proposition de M. Vottem n'a pas de suite.

Le sort décide que la première section serait la première appelée à faire ses propositions.

Le président, au nom du bureau, propose à l'Académie de fixer à 60 le nombre de ses correspondants, cette fixation devant précéder toute nomination.

M. Tallois, au nom de la commission chargée de présenter des correspondants, fait remarquer qu'elle a fait à cet égard un travail, et demande qu'il puisse en être donné lecture.

L'assemblée admettant cette proposition, le président accorde la parole à M. Stas, rapporteur de cette commission.

La commission pense que le nombre des correspondants doit être fixé, savoir :

1° A *douze* pour les membres correspondants étrangers, non régnicoles, auxquels on accorderait, au moment même de l'élection, le titre de *membre honoraire ;*

2° A *six* pour les membres correspondants étrangers régnicoles, qui pourraient recevoir de même le titre de *membre honoraire ;*

3° A *trente-six* pour les membres correspondants étrangers ordinaires non régnicoles ;

4° A *dix-huit* pour les membres correspondants étrangers ordinaires, résidant en Belgique.

M. Delavacherie dépose sur le bureau une proposition tendant à faire surseoir, pour le moment, à toute nomination de correspondants.

Cette proposition étant prise en considération, l'auteur la développe.

L'Académie l'approuve. Prenant ensuite en considération la proposition du bureau, elle fixe à 60 honoraires, non compris le nombre de ses correspondants, conformément au droit que lui donne l'art. 5 de ses statuts.

La commission des correspondants réglera ultérieurement ses propositions sur ce chiffre.

M. le président, au nom du bureau, propose à l'Académie de statuer que dans les élections, en cas de parité de suffrages au scrutin de ballotage, le plus âgé des candidats l'emporterait, et de l'autoriser à prier M. le ministre de l'intérieur de sanctionner cette décision.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. le président propose à la compagnie d'autoriser le bureau à nommer une commission chargée d'examiner tout ce qui se rattache aux prix à décerner par elle, conformément aux dispositions de l'art. 18 de ses statuts organiques et 20 de son réglement, et de lui proposer, dans une prochaine séance, les questions à poser pour prix. — Cette proposition est adoptée.

L'ordre du jour appelle ensuite les communications scientifiques à faire par les membres de l'Academie qui se sont fait inscrire à cette fin. Ce sont MM. François, Fallot, Michaux, Petry et Delavacherie.

M. Burggrave demande qu'il soit sursis à ces communications, jusqu'à ce que les travaux dont l'Académie est actuellement surchargée, soient épuisés.

L'heure étant déjà fort avancée, plusieurs membres demandent que la séance soit remise à demain.

Cette proposition est rejetée.

MM. Brogniez et Thiernesse proposent de fixer une séance extraordinaire, principalement pour l'examen des projets de loi relatifs à l'école vétérinaire et à l'exercice de la médecine vétérinaire.

M. Delavacherie propose de décider, dès à présent, que la prochaine séance soit continuée, s'il y a lieu, le lendemain, et de faire mention de cette circonstance dans les lettres de convocation. Il est bien entendu que les communications scientifiques, que l'heure avancée ne permet pas de faire à la présente séance, seraient les premières à l'ordre du jour, à la séance prochaine. Cette proposition est adoptée.

M. Lombard développe une proposition tendant à prier M. le ministre de l'intérieur de fixer les séances de l'Académie aux dimanches, dans l'intérêt de l'enseignement universitaire, plusieurs professeurs des universités appartenant à la compagnie.

M. Verbeek appuie cette proposition, qui est combattue par M. Michaux.

M. Seutin demande que les séances soient fixées aux samedis et continuées les dimanches.

M. Delavacherie, tout en se ralliant à la proposition de M. Lombard, demande qu'en cas où elle serait rejetée, les séances continuent à être fixées aux lundis, mais à huit heures du matin.

M. Demeyer propose que ces différentes motions soient examinées à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée.

M. le président informe les membres chargés de la rédaction du règlement définitif qu'ils seront incessamment convoqués. Il fait également part aux membres chargés de la révision des lois et arrêtés sur l'exercice de l'art de guérir, qu'il entrera en rapport avec M. le ministre de l'intérieur pour aviser aux meilleures mesures à prendre pour réunir la commission. Il leur fait distribuer provisoirement des exemplaires des brochures envoyées sur cette affaire par le ministre.

La séance est levée à 4 heures et demie.

E. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Monographie du madi cultivé, (*madia sativa*); par VICTOR PASQUIER, chef du service pharmaceutique de l'hôpital militaire de Liége, membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc. — Liége, 1841, in-8°, avec 3 planches.

Nous sommes entièrement de l'avis des personnes qui préfèrent l'introduction d'un fruit utile, d'une nouvelle plante potagère, d'un végétal dont les sciences et les arts puissent retirer quelque utilité, aux orchidées du Mexique, aux dhalias panachés, ou aux innombrables plantes grasses qui viennent chaque jour encombrer les serres de nos horticulteurs. Nous sommes loin d'être assez positifs pour ne pas aimer les belles fleurs, soit indigènes, soit exotiques, mais celles-ci ne peuvent procurer, sinon du bien être, du moins des jouissances, qu'à un nombre fort restreint d'amateurs, tandis que l'introduction d'une plante utile est un service rendu à la généralité.

Parmi les plantes remarquables dont l'agriculture de notre zône s'est enrichie depuis quelques années, à côté du seigle multicaule, du poligonum tinctorium, est venue se placer la plante oléifère connue sous le nom de *madi cultivé* (madia sativa). Ce végétal, dont les produits sont indispensables, d'un emploi universel et journalier, est propre à une multitude d'usages industriels, manufacturiers, commerciaux, thérapeutiques, économiques et domestiques, les fournit encore avec abondance, ce qui permet de les donner à bas prix; ces mêmes produits, dont l'excellence est incontestée, désormais assurés, doivent affranchir notre pays du tribut qu'il paye encore à la France pour l'achat des huiles alimentaires et des savons durs.

Le *madia* était connu déjà depuis assez longtemps comme espèce botanique, mais ce n'est que dans ces derniers temps qu'il a été recommandé en agriculture, à cause de ses propriétés. Comme l'a dit un agronome distingué, le *madia* est un de ces végétaux qui peuvent couvrir utilement les sols d'une qualité inférieure et procurent encore des produits d'une utilité générale pour la consommation. C'est donc une plante qui, sous ce double rapport, mérite de prendre sang parmi les espèces agricoles; ses produits oléagineux et la réussite de sa culture dans les sols où d'autres espèces ne sauraient être aussi profitables, sont dignes d'attention. Originaire du Chili, où elle est considérée comme plante oléagineuse, c'est dans le Wurtemberg que les premiers essais ont été faits pour mettre le *madia* au rang des plantes agricoles, et c'est à Bosch, jardinier du roi de Wurtemberg, à Stuttgardt, qu'ils sont dus, ainsi que l'indication des premiers résultats de la culture en grand et des produits de cette espèce, et des avantages qu'elle présente. Ces essais furent imités en France par quelques cultivateurs, et d'une manière assez générale, pour leur permettre d'obtenir une quantité suffisante de graines, tant pour propager la plante, que pour obtenir de l'huile.

La culture facile du *madia*, les quantités et la qualité de l'huile qu'elle fournit, surtout sa robusticité qui lui permet de braver la rigueur de nos hivers et de résister à la sécheresse, la rendent surtout une acquisition précieuse pour la Belgique; nous devons donc encourager de toutes nos forces la culture d'une plante qui est certainement appelée à jouer, par rapport au colza, le rôle de la pomme-de-terre aux céréales. La pomme-de-terre a, dit-on, rendu désormais la famine impossible, en assurant la subsistance des classes nécessiteuses; le *madia* empêchera cherté de l'huile, autre produit nésessaire aux pauvres de nos villes et de nos campagnes, en augmentant la quantité de cette denrée produite dans le pays, et en la mettant en rapport avec les besoins de la consommation, ce qui se fera tant par la culture de la nouvelle plante oléifère, que par sa force propre, qui donnera plus de stabilité à la récolte des huiles. C'est cette année surtout que le *madia* a acquis des droits à toute l'attention de nos agriculteurs, car, par suite de differentes causes, la récolte du colza, plante sensible au froid et peu vigoureuse, a été si gravement compromise dans tous les pays.

M. Victor Pasquier nous a donc rendu un véritable service en réunissant dans un même corps d'ouvrage tout ce a qui été dit et fait sur le *madia*, et y joignant le résultat de ses expériences sur cette plante intéressante sous tant de rapports.

L'auteur de cette monographie a été conduit à s'occuper du *madia*, comme rapporteur d'une commission nommée par le conseil de salubrité de la province de Liége, pour examiner l'utilité que l'on pourrait retirer de l'huile extraite des semences de ce végétal. Après s'être entouré de tout ce qui pouvait avoir été dit et fait sur cette plante, l'auteur ayant trouvé que les notions disséminées çà et là étaient pour la plupart très-incomplètes et les opinions des auteurs sur le mérite du *madia* très-diverses, fut forcé, pour mieux s'éclairer sur la valeur réelle de cette plante, de l'étudier lui-même avec soin. Il procéda dès lors à sa culture sur une assez grande échelle et entreprit une série d'essais sur l'extraction de son huile et sur ses applications; c'est le résultat de ses recherches et de ses expériences qui forment la base du livre que nous examinons.

Après avoir jeté un coup d'œil sur l'historique du *madia*, l'auteur l'a examiné sous le rapport botanique, en a fait une description succincte et est arrivé aux détails sur la culture de cette plante précieuse; dans ce chapitre, il s'est longuement étendu sur la nature du terrain qui lui convient, sur les assolements, le labour, les engrais, l'époque et la manière de faire les semailles, la récolte, etc.; il montre que le *madia* doit être classé parmi les plantes qui épuisent peu le sol où elles croissent;

c'est pourquoi les racines en sont peu chevelues; ce caractère laisse voir que la plante peut réussir dans un terrain inférieur et sans exigence d'engrais. Ce fait paraîtra d'autant plus étonnant au premier abord, qu'on le cultive pour en récolter les semences, et qu'il est reconnu que toutes les plantes qu'on laisse monter en graines, comme les céréales et les oléagineuses, épuisent beaucoup plus le sol que celles qu'on fauche à l'époque de la floraison. Ce fait cessera d'étonner si l'on considère que le *madia* étant couvert de poils glanduleux dans toutes ses surfaces aériennes, il doit être et est réellement l'une des espèces qui absorbent plus dans l'atmosphère que dans le sol. L'auteur observe encore avec raison qu'une plante épuise d'autant moins le sol, qu'elle croît plus rapidement, et qu'ainsi le *madia*, qui pourcourt en trois mois environ toutes les phases de son existence, devra nécessairement enlever peu de sucs à la terre.

Par l'analyse des semences, il a montré que 100 parties de celles-ci, débarrassées de leur épispirme ou écorce, contenaient 56 parties d'huile fixe.

Dans le chapitre II de cette intéressante monographie, l'auteur a examiné le produit du *madia* en graines; il a montré que le chiffre qui exprimait le rendement, devait varier beaucoup suivant la nature du terrain, le mode de culture et de récolte suivi. Le maximum de 18 expériences, faites dans des pays différents, a été de 2972 kilogrammes de graines par hectare, et le minimum de 1300 kilogrammes pour la même étendue de terrain. La moyenne de ces expériences est de 1726 kilogrammes de graines par hectare; et, en admettant qu'on en ait employé 7 kilogrammes pour l'ensemencer, on trouvera qu'on a récolté près de 250 fois le poids de la semence employée. La moyenne donnée par le colza, plante cultivée généralement en Belgique pour la fabrication du huiles, n'est que 1050 kilogrammes par hectare. L'on voit donc qu'en supposant le rendement des graines en huile égal des deux parts, la balance penché tout à fait en faveur du *madia*, car il donne 676 kilogrammes par hectare de plus que le colza. Ces résultats, qui n'ont besoin d'aucun commentaire, n'étonneront personne quand on saura qu'un seul pied de *madia* porte de vingt à cinquante capitules floraux, dont ceux du sommet renferment de 60 à 80 graines. L'auteur dit avoir trouvé beaucoup de tiges sur lesquelles il a pu compter jusqu'à quatre-vingt-huit têtes de fleurs, qui contenaient ensemble environ 4000 graines.

Quant aux chiffres qui représentent le produit du *madia* en huile, ils diffèrent autant entre eux que ceux qui ont été donnés pour son produit en graines. La moyenne de 23 expériences faites dans différentes localités a été de 32 kilog. d'huile pour 100 kilogr. de graines; il en résulte, dit l'auteur, qu'un hectare donnerait 552 kilogr. d'huile de *madia*, ce qui est un résultat superbe. La moyenne pour le colza est de 28 kilogr. d'huile pour 100 kilogr. de graines; la différence des moyennes par hectare est encore bien plus considérable; elle est de 552 kilogr. pour le *madia*, comme nous venons de le dire, tandis qu'elle n'est que de 294 kilogr. pour le colza.

D'après l'auteur, l'huile de *madia* obtenue à froid, vaut mieux que l'huile d'œillette et que la plupart des huiles d'olive du commerce; et qu'on juge de la différence de prix qu'il y a entre elles : l'huile d'olive surfine se vend en détail, fr. 3-60 le litre; l'huile d'olive seconde qualité, fr. 2-25, et l'huile d'œillette, fr. 1-50; tandis que l'huile de *madia* ne revient qu'à 50 centimes le litre !

Dans un chapitre à part, l'auteur a examiné l'emploi des diverses parties de la plante; quoique les bestiaux ne veuillent pas des tiges et des feuilles du *madia*, elles paraissent très-propres, soit seules, soit additionnées de chaux, à être enfouies pour servir d'engrais. Les tourteaux de madia sont également propres à cet usage.

Outre les avantages que présente le *madia* sur le colza dans la puissance de résistance aux intempéries des saisons, avantages qui ont été constatés par la pratique d'une manière certaine, ce végétal possède encore une propriété particulière qui le rend supérieur aux autres plantes oléagineuses. On sait, en effet, combien le colza et la navette sont exposés, surtout dans la première période de leur vie, a être ravagés par les insectes; or la viscosité et l'odeur du *madia* font qu'il n'est aucunement attaqué ou endommagé par ces insectes, dans aucune des phases de sa végétation; il paraît que cette influence préservatrice peut s'étendre jusqu'aux plantes environnantes; cette propriété peut être mise à profit pour éloigner les mouches d'un appartement; il suffit d'y conserver un plan de *madia*; cette propriété lui est commune, au reste, avec diverses plantes à odeurs fortes et pénétrantes.

L'auteur a examiné les différents procédés en usage pour l'extraction de l'huile de *madia*. On peut, par des manipulations convenables, obtenir une une huile vierge, qui, par sa saveur douce et agréable, l'emporte, comme commestible, sur toutes les autres huiles de graines. Cette huile offre encore la propriété remarquable, qu'étant exposée à une température de — 20° R., elle ne se solidifie pas; aussi cette propriété la fera-t-elle rechercher pour les réverbères dans les localités non éclairées au gaz, où souvent, en hiver, l'huile de colza, qui se solidifie à — 6°, prive tout à coup les populations de la lumière.

L'auteur a consacré plusieurs pages de son travail à l'examen physique et chimique de l'huile de *madia*; un seul point de ce dernier chapitre est réellement remarquable, c'est celui où il parle de l'action de la potasse et de la soude sur cette huile, ou, en d'autres termes, de son emploi dans la fabrication des savons mous et durs. Dans ce dernier cas, l'huile de *madia* donne un savon qui, d'après l'auteur, peut rivaliser avec celui de Marseille. Il croit que par l'emploi de cette huile, la Belgique pourra s'affranchir désormais des tributs qu'elle paie encore à l'étranger pour l'achat des savons durs.

En résumé, nous croyons sincèrement que M. Pasquier à rendu un véritable service au pays, en attirant autant que possible l'attention du public sur une plante aussi éminemment utile que le *madia sativa*. Il est seulement fâcheux de penser que son travail, comme toute œuvre scientifique, ne sera lu que par un très-petit nombre de personnes, parmi lesquelles il serait même étonnant qu'il se

rencontrât un cultivateur. Pour que cet ouvrage pût porter tous ses fruits, il serait à désirer qu'un extrait en fût fait sous les auspices du gouvernement, que cet extrait, imprimé à un grand nombre d'exemplaires, fût traduit en flamand et en idiôme wallon, et distribué gratuitement chez tous les cultivateurs par le soin des administrations communales. On pourrait aussi, pour stimuler le zèle des agriculteurs, établir de fortes primes pour l'encouragement de la culture d'un végétal aussi nécessaire que le *madia*. Nous le répéterons avec l'auteur, « s'il n'en « est pas ainsi, le *madia* aura à subir le triste sort « réservé à toute inovation, quel que soit son degré « d'utilité; *il aura à lutter contre la prévention « des uns et l'indifférence des autres* (1). Quoi « qu'il en advienne, nous ne pouvons nous empê- « cher, en terminant cet opuscule, de dire à nos « concitoyens : Belges, ne soyez ni prévenus, ni « ni indifférents, *semez-le*, puis, jugez-en. »

LOUYET.

Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires ; par le docteur CIVALE. Deuxième partie : Maladies du col de la vessie et de la prostate. — Un vol. in-8°. Chez Fortin et Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

C'est un problème bien délicat et d'un intérêt tout à fait actuel que de décider si la médecine est plus redevable aux hommes universels qu'à ceux dont le coup d'œil n'en embrasse qu'une partie; si les encyclopédistes (comme ils s'appellent eux-mêmes) ont une plus large part que les spécialistes à revendiquer dans les progrès qu'enregistrent les annales de la science et de l'art. Question difficile, disons-nous, et qui ne présente qu'incertitude et doute de quelque manière qu'on l'envisage; car en nous abstenant de toute comparaison sous le rapport des résultats pratiques, et à ne les juger les uns et les autres que d'après leurs publications, on ne peut se dissimuler que la balance ne reste à peu près égale entre eux. Il ne suffit pas en effet, comme on l'entend répéter tous les jours, d'avoir vu beaucoup pour faire un bon livre. Quelque multipliée qu'ait été son observation, quelque pénétrant que soit son coup d'œil, quelque heureuse même que puisse être sa pratique, un homme n'a pas pour cela réuni toutes les conditions qui assurent à son œuvre le succès. Sans l'esprit d'ensemble qui systemastise et féconde ces premières données, sans l'habitude d'appliquer aux observations un contrôle sévère, un mode d'interprétation positif et rigoureux, le praticien le plus répandu ne méritera pas le nom d'auteur. Il aura jeté des fondements solides, rassemblé des matériaux précieux, mais à un autre appartiendra l'honneur d'élever l'édifice. En deux mots, les faits bruts et dénués de toute explication servent de base à un traité, mais ne le constituent pas à eux seuls; et c'est ce que ne nous semblent pas toujours comprendre les spécialistes.. Sous leur plume, et c'est là une conséquence de leur position, les observations particulières prennent une importance exagérée, le point du vue pratique grossit, s'étend, et usurpe la place que réclame la théorie. Mieux vaut sans doute ce penchant que l'excès opposé, puisque le meilleur livre, après tout, est celui qui apprend à guérir. Mais il y a là néanmoins un défaut qui mérite d'être signalé, car les faits peuvent être détruits par d'autres faits plus nombreux; les succès sont toujours contestés et trop souvent à bon droit contestables : et, en résumé, on ne nuit jamais à la cause du plus fort en montrant qu'elle est la plus juste, non plus qu'aux résultats de l'expérience en faisant voir qu'une théorie rationnelle les confirme et les sanctionne.

Ces reproches, que de nombreux exemples nous autorisent à adresser à toute une classe d'écrivains, M. Civiale les mérite moins que tout autre peut-être, tant par l'étendue de la spécialité qu'il a choisie que par la nature même de son talent. La lecture de son ouvrage montrera qu'il ne s'est pas toujours borné à observer, et qu'il a souvent cherché à donner la raison et des phénomènes morbides et de l'action des moyens qu'il conseille. Mais la place qu'il accorde aux explications est-elle suffisamment large? Ces explications surtout portent-elles toujours le cachet de ce positivisme qui est un des besoins de notre époque? On verra tout à l'heure jusqu'à quel point la réponse à cette question doit être affirmative; et peut-être, après avoir lu ces pages conviendra-t-on que, si nos réflexions ne sont pas de tout point et à la rigueur applicables à l'auteur, au moins forment-elles une introduction bien naturelle à l'analyse de son livre.

L'ouvrage se divise en deux parties : maladies du col de la vessie, et maladies de la prostate. Suivons l'auteur dans ses développements sur ces deux points importants de pathologie, et signalons les résultats nouveaux qui ressortent de ses recherches et de son expérimentation pratique.

La première description de M. Civiale peut servir de confirmation à ce que nous venons d'avancer. La maladie qu'il désigne sous le nom de *névralgie* du col vésical ne paraîtra pas en effet, à tout le monde, mériter, dans le cadre nosologique, la place distincte que lui assigne l'auteur, Pour mettre le lecteur à même de prononcer, essayons de retracer les traits principaux qu'il assigne à cet état morbide : affection commune à l'un et l'autre sexe, attaquant surtout les adultes, naissant sous diverses influences, ou générales, telles qu'une émotion, des excès de coït et de boissons spiritueuses, ou locales, telles que la résistance au besoin d'uriner, les lésions du rectum, de la matrice, un calcul dans la vessie, la constipation, etc.; offrant pour sympto-

(1) Si nous ne vivions pas sous le régime constitutionnel, on pourrait conseiller au gouvernement d'imiter l'empereur de Russie, qui condamme à la prison ceux de ses sujets qui ne veulent pas planter la pomme-de-terre. Les hommes sont comme les enfants, ce n'est que par la crainte ou l'intérêt, ces deux puissants mobiles, qu'on parvient à leur faire faire ce qui doit leur être utile et les rendre heureux plus tard.

mes des envies fréquentes d'uriner, un malaise plutôt qu'une véritable douleur au moment où on veut y satisfaire, malaise qui, suivant les cas, peut s'étendre du pubis à l'épigastre, à l'ombilic, aux cuisses, aux reins, et devenir une sensation de souffrance réelle; une perturbation du moral, signe aussi constant que tenace, pour peu que la maladie soit grave; affection qui existe à divers degrés et peut se montrer à l'état de simplicité, ou être compliquée de rétrécissements de l'urètre, d'engorgement de la prostate, de calculs, de catarrhe vésical. Enfin le traitement le plus efficace se compose de l'introduction répétée tous les jours, d'une bougie de cire, qu'on laisse en place de 3 à 10 minutes, pour émousser la sensibilité exagérée du col vésical, d'injections d'eau froide ou chaude dans la vessie, de douches simples ou avec de l'eau de Baréges, de frictions avec la pommade stibiée, de purgatifs, médications auxquelles il convient d'ajouter l'usage d'aliments doux, de boissons délayantes, l'absence de toutes fatigues, de tout excès, dans le but de prévenir la récidive, qui s'opère dans ces cas avec beaucoup de facilité. Tels sont les caractères qui, pour M. Civiale, constituent la névralgie du col de la vessie. A ses yeux, on le voit, c'est une maladie distincte, pouvant exister indépendamment de toute autre lésion organique et à l'état d'altération purement nerveuse. Nous sommes bien loin d'élever un doute sur les faits qu'il a apportés à l'appui de sa doctrine et de nier l'influence des moyens curatifs qu'il propose dans ces cas; mais peut-être, en approfondissant le texte même de ses observations, serait-on conduit à une légère dissidence sur la manière de les interpréter. Remarquons, en effet, que cette névralgie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, dans l'âge adulte que pendant la jeunesse; que la plupart du temps elle coexiste avec diverses maladies des voies urinaires, avec un catarrhe vésical, par exemple, que M. Civiale, à la vérité, déclare n'être qu'une suite de la névralgie; que, malgré la perfection actuelle des moyens explorateurs, les maladies organiques de la prostate et du col de la vessie, cause bien suffisante pour expliquer tous ces désordres, passsent souvent inaperçues. Si nous ajoutons que l'intermittence des symptômes, donnée par lui comme une des meilleures preuves de la nature nerveuse de l'affection, s'observe souvent dans les catarrhes de vessie, que, d'après sa propre remarque, *les phénomènes que déterminent les brides de l'orifice interne de l'urètre ont toute la physionomie des névralgies graves du col vésical* (p. 247); qu'enfin, dans une foule de cas où la névralgie s'accompagne de rétrécissement de l'urètre, *il suffit de traiter celui-ci pour que les symptômes de la névralgie cessent deux-mêmes, sans qu'on soit obligé de s'en occuper d'une manière spéciale* (v. p. 35), on éprouvera, nous n'en doutons pas, une certaine répugnance à admettre comme entité distincte un état morbide qu'on peut tout naturellement rapporter à des lésions organiques qui sont aussi fréquentes que faciles à méconnaître. Il n'entre point dans notre pensée d'affirmer que M. Civiale ait avancé une explication insoutenable, encore moins croyons-nous qu'il se soit constamment mépris sur le diagnostic local des affections qu'il avait à traiter. Son habileté, son caractère de praticien spécial même, le défendent contre un pareil soupçon. Nous reconnaissons donc, en thèse générale, l'existence de la névralgie du col vésical, car il n'y a aucune raison qui s'oppose à ce qu'une modification de l'action nerveuse s'exerce là aussi bien que partout ailleurs; nous dirons même que M. Civiale a rendu un grand service à la pratique, en fixant l'attention sur cet épiphénomène des maladies de la région prostatique, qui devient souvent à lui seul un élément tout particulier de gravité; mais il nous semble difficile d'admettre qu'il puisse exister isolément et sans lésion concomitante aussi souvent que le pense l'auteur, et nous attendrons des observations suivies d'autopsies avant de nous prononcer sur ce point d'une manière définitive.

Quel que soit le jugement qu'on porte sur la précédente question, il est impossible de ne pas trouver un grand intérêt aux développements pratiques que M. Civiale a su donner à un sujet aussi mal étudié jusqu'ici. C'est également sous ce rapport que se recommandent ses recherches sur *les maladies des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs*. Prenant pour point de départ des ouvertures de corps bien authentiques qu'il emprunte à Stoll, à MM. Dalmas, Cruveilhier, Albers, Mercier, Andral, Lallemand, etc., l'auteur commence par établir que l'inflammation ou les lésions qui lui succèdent sont les altérations qu'on a le plus souvent occasion d'observer dans ces appareils. Quant au diagnostic, il est des plus embarrassants; tous les médecins l'avouent, et sa difficulté tient moins peut-être au petit nombre qu'à l'incertitude des signes qui servent à l'établir. C'est donc à éliminer du nombre de ces signes ceux qui appartiennent à d'autres maladies plutôt qu'à en découvrir de nouveaux qu'on doit s'appliquer pour les rendre plus positifs et plus capables de conduire à la vérité, et M. Civiale nous semble agir tout à fait dans ce but lorsqu'il fait observer que l'état d'hébétude morale, d'anéantissement général, de faiblesse musculaire, généralement regardé comme symptôme des maladies de ce genre, se retrouve dans une foule d'affections différentes. Il en est de même de l'écoulement involontaire qui a lieu par le canal de l'urètre et qui, regardé tour à tour comme sécrété par la prostate, fourni par les parties profondes de l'urètre, ou constituant une véritable perte séminale, est beaucoup moins souvent qu'on ne le pense lié aux altérations de voies spermatiques.

Ces altérations se rapportent naturellement à trois degrés, et c'est l'ordre qu'a adopté M. Civiale pour exposer leurs symptômes et les médications qui leur conviennent, et qui varient nécessairement suivant qu'on est appelé à la période d'excitation des organes, à celle d'affaiblissement, ou à celle d'inertie complète. Dans le premier cas, les érections sont imparfaites, l'éjaculation précipitée, la sensation qui l'accompagne moins vive, le sperme sort liquide, moins odorant. Il faut alors user des bougies molles introduites dans l'urètre, des bains de siége, des cataplasmes émollients au périnée, des lavements. Mais, ce qu'il importe surtout de recom-

mander, c'est l'abstinence des rapports sexuels. Malheureusement le malade, que tant de raisons empêchent de suivre ce conseil, a souvent même bien de la peine à en comprendre l'utilité. On lui défend le coït, et précisément, et par le fait même de la maladie, il y a un accroissement notable de la puissance virile. Comment persuader à un homme dans la force de l'âge que ses désirs ne proviennent pas d'une exubérance de vitalité, mais qu'ils tiennent au contraire à l'irritation locale des organes génitaux? Le meilleur moyen d'y parvenir est de lui montrer sur lui-même les suites de l'acte vénérien, qui, dans ces cas, est toujours suivi d'un sentiment de tristesse, d'abattement prolongé, d'inaptitude aux mouvements du corps et aux travaux de l'esprit, de disposition au sommeil, d'un froid général, etc.

Au second degré, l'écoulement continu par l'urètre, lorsqu'il existe, devient plus abondant, le coït est impossible, le sperme sort pendant le relâchement du pénis, aqueux, sans odeur, sans consistance. Les applications froides, les douches sulfureuses, sont alors utiles, mais il faut y associer aussi les exercices du corps, l'usage de lavements laxatifs, les applications froides au périnée. On trouve aussi une ressource précieuse dans la cautérisation des parties profondes de l'urètre, préconisée par M. Lallemand, et M. Civiale, pour le dire en passant, ne nous semble avoir rendu justice complète, ni au procédé, dont il restreint l'application à un trop petit nombre de cas, ni à l'auteur, dont l'important travail méritait peut-être une mention plus spéciale et plus étendue.

Enfin, au troisième degré, tout désir est aboli, toute érection impossible, et la ruine de la constitution est ordinairement trop avancée pour qu'on puisse espérer qu'un traitement local amènera un changement favorable. C'est à l'effet des agents hygiéniques qu'il faut alors borner son espérance. Un conseil sur lequel l'auteur insiste beaucoup, et avec raison, dans les maladies de ce genre, c'est celui de régulariser le coït. C'est par là qu'il faut toujours commencer, une fois que le traitement a réussi à rétablir les forces et la puissance virile; et pour arriver à faire prendre au malade l'habitude d'un exercice modéré et uniforme qui entretienne l'action des organes sans les épuiser, il n'est pas de meilleur moyen que le mariage. Mais là est une question, aussi importante, aussi délicate à traiter, que difficile à résourdre. Sans parler des dangers de cet état pour certaines constitutions, où une âme de feu n'anime qu'une organisation débile, quels inconvénients n'y aurait-il pas, au point de vue social, à unir avec une femme dans la plénitude de la santé un homme épuisé et incapable de satisfaire aux désirs de sa compagne; car l'expérience le prouve, les épreuves du lit conjugal ne réalisent que rarement les espérances qu'avaient fait concevoir les faciles triomphes remportés sur un théâtre où la complaisance et l'adresse suppléent à la force véritable? Le sujet, ou le voit, touche de très près à l'avenir des familles, au bonheur des ménages et de la société elle-même. L'auteur l'a traité avec un talent et une réserve de style d'autant plus remarquable qu'elle ne nuit en rien à la clarté; et nous ne voulons pas déflorer pour les lecteurs le plisir qu'ils auront à consulter, dans l'ouvrage même, les règles de conduite qu'il a données pour ces cas embarrassants de diplomatie médicale, règles qui embrassent également ce qui a rapport aux femmes et aux enfants.

Nous avons parlé de ces écoulements chroniques qui sont fréquemment liés à une altération des voies spermatiques; ils peuvent aussi tenir à d'autres causes, à la présence d'ascarides dans le rectum, à une éruption dartreuse, à des fatigues excessives. Des considérations importantes se rattachent à cette sécrétion, qui paraît être un symptôme commun à des états morbides bien distincts, et M. Civiale, en les rapportant à leurs diverses causes, a bien montré que, soit par leurs symptômes, soit par la manière dont ils se comportent sous l'influence des agents thérapeutiques, ils diffèrent et des pertes séminales, et des suintements blennorrhagiques auxquels on a voulu les comparer.

Les brides ou barrières situées au col de la vessie sont devenus l'objet d'études récentes de la part des pathologistes anglais et français; M. Civiale en distingue de plusieurs sortes; les unes sont seulement membraneuses, les autres musculaires, quelques-unes fongueuses, celles-ci formées par l'inflammation de la muqueuse, celles-là par une tuméfaction prostatique. Minces ou arrondies, simples ou multiples, leur hauteur varie beaucoup; mais toujours elles occupent le rebord inférieur de l'orifice vésical de l'urètre. Tantôt la bride fait saillie entre le trigone et la paroi inférieure du canal, surfaces qui sont situées sur le même plan; tantôt, au contraire, lorsque l'angle antérieur du trigone est soulevé par une hypertrophie de la prostate, la face de la valvule qui regarde l'urètre est à pic, tandis que du côté de la vessie l'élévation s'abaisse par une gradation insensible. Ces distinctions ont peu d'importance pour un praticien superficiel; celui qui veut diagnostiquer exactement la lésion à laquelle il a affaire pour lui administrer le traitement approprié, a besoin de les connaître, parce qu'elles ont une grande influence sur le résultat que donnent les explorations faites au moyen de la sonde. Nous verrons plus tard comment on peut arriver à diagnostiquer avec précision le nombre, la hauteur et la situation de ces brides, pour leur appliquer le procédé d'urétrotomie que M. Civiale conseille dans ces cas.

La seconde partie du livre de M. Civiale est consacrée aux maladies de la prostate, et ce n'est ni la moins longue ni la moins intéressante. Malgré les travaux, ou peut-être à cause des travaux nombreux dont cette glande a été le sujet depuis qu'on a compris son importance, soit en pathologie, soit en médecine opératoire, une bonne description de sa structure et de ses altérations nécessiterait un espace considérable, et quoique l'auteur ait omis les considérations purement anatomiques, et celles qui ont rapport à l'exécution des procédés de lithotomie, le seul exposé des engorgements prostatiques ne comprend pas moins de cent soixante pages. C'est là, on doit le pressentir, un traité *ex professo*, auquel les écrivains anciens et modernes ont été largement appelés à concourir. Néanmoins, la pratique de M. Civiale

ne lui a point fait défaut non plus, et les préceptes nouveaux qu'il met en lumière, comme ceux qu'il emprunte à ses devanciers, sont toujours éclairés et appuyés par le récit des observations qui lui ont servi à en juger la valeur.

On l'a dit, et avec raison, à la prostate se rapportent presque toutes les affections des voies urinaires chez les vieillards; il n'est donc pas inutile de passer en revue tous les documents qui nous arrivent sur un sujet encore aussi obscur, et l'on sent bien mieux encore la nécessité de ne négliger aucune source de lumières, lorsqu'on voit sur certains points de cette pathologie spéciale les hommes les plus compétents avouer leur complète ignorance. C'est ainsi que, pour M. Civiale, il n'est aucun moyen de juger à coup sûr, d'après les signes rationnels, je ne dis pas s'il existe telle ou telle affection de telle ou telle partie de la prostate, mais même s'il y a oui ou non maladie de la glande, car, comme il le dit, il n'y a rien de constant, rien de spécial, rien par conséquent de caractéristique, soit dans les sensations du malade, soit dans les troubles fonctionnels qu'éprouve alors l'appareil urinaire. L'erreur serait bien plus à craindre encore si l'on cherchait à reconnaître le mal d'après ses causes; car il n'y a que doute et incertitude sur l'action réelle des influences sous lesquelles on a prétendu que ce développent les engorgements de ce corps glanduleux, et la vieillesse, les rétrécissements de l'urètre, l'abus des plaisirs vénériens, les blennorrhagies anciennes et l'usage des injections que signale l'auteur, sont des circonstances trop fréquentes ou des causes trop problématiques pour qu'on puisse, avec quelque certitude, conclure de leur existence à la présence d'une lésion de la prostate. Restent donc l'exploration par le rectum et l'usage de la sonde. Le premier moyen ne convient pas à tous les sujets; il ne conduit qu'à des résultats approximatifs, et expose en outre à diverses méprises, dont la plus fréquente est celle à laquelle donne lieu l'egorgement du tissu cellulaire placé entre le rectum et la prostate, et qu'à l'aide du doigt on ne peut pas distinguer rigoureusement de l'engorgement de la glande elle-même.

C'est donc le cathétérisme qui fournit sur l'état des parties les renseignements les plus positifs; mais les résultats de son emploi demandent à être éclairés par la connaissance exacte des déformations qu'amène l'état morbide. On sait que la tuméfaction de deux lobes latéraux aplatit l'urètre transversalement en le réduisant à une espèce de fente dirigée d'avant en arrière. Si donc la sonde parvenue à la région prostatique se trouve serrée, si elle éprouve moins de peine à pénétrer lorsqu'on élève ou qu'on abaisse son pavillon, on pourra diagnostiquer le développement des lobes latéraux. De même, quand l'un des deux est seul engorgé, le canal se dévie en sens inverse, et la sonde donne encore connaissance de ce changement de direction, et apprend même, par le degré d'obliquité qu'elle affecte, l'étendue de la maladie, ainsi que la consistance de la partie engorgée par l'effort de pression que nécessite l'introduction de la sonde. Existe-t-il au contraire une tuméfaction occupant le corps même de la glande, l'instrument est arrêté à l'entrée de la vessie; mais l'arrêt n'est pas brusque dans ce cas, et le bec paraît glisser en cheminant sur un plan incliné, tandis que, s'il s'agit d'une bride, la progression de la sonde est interrompue tout à coup, jusqu'à ce qu'on ait assez relevé son extrémité pour la faire passer par-dessus la barrière. On peut aussi compléter le diagnostic en retirant l'instrument, car si l'obstacle vient d'une bride, on sentira son bec descendre brusquement au moment où l'urine cessera de couler.

M. Civiale indique encore un autre moyen pour juger de l'étendue de l'hypertrophie prostatique. On connaît, dit-il, la longueur de la portion dite prostatique de l'urètre à l'état normal, et par conséquent le surplus du chemin qu'il faudra faire executer à la sonde avant que l'urine paraisse, donnera la mesure du degré de tuméfaction de la glande. Mais, évidemment, ce mode de mensuration se base sur des notions trop difficiles à acquérir avec certitude pour qu'on puisse ajouter beaucoup de confiance aux résultats qu'elle fournit. Peut-être devrions-nous en dire autant de l'usage des bougies à empreinte auxquelles il accorde aussi beaucoup de confiance pour déterminer le degré de saillie et la situation des reliefs formés par les lobes prostatiques hypertrophiés.

Tout ce qui touche au diagnostic d'une maladie aussi souvent méconnue que celle-ci mérite attention et examen. C'est pour cela que nous nous arrêterons encore sur un moyen mentionné par M. Civiale. Il consiste en une sonde à courbure très-courte et très-prononcée dont on se sert de la manière suivante : On l'enfonce lentement dans le canal jusqu'à ce que son bec arrive au bord libre de l'obstacle, et on la pousse alors d'une ou deux lignes. L'urine jaillit, et si, au même moment, on peut faire pivoter l'instrument sur lui-même, il est à présumer qu'il y a seulement une bride. En effet, si l'obstacle était constitué par le corps de la prostate engorgée, il faudrait enfoncer l'instrument beaucoup plus pour le faire tourner sur lui-même. A l'égard de cet instrument, l'Académie des Sciences a été saisie d'une réclamation de priorité faite par M. Mercier. Cet auteur prétend s'être servi le premier d'une sonde à petite courbure; mais d'ailleurs les règles qu'il donne sur la construction de l'instrument et sur la manière de l'employer sont assez différentes des principes établis par M. Civiale pour lui assurer le titre d'inventeur, quel que soit le jugement de l'institut. En effet, sa sonde est pleine; et, quant au procédé d'exploration, il diffère de celui de M. Civiale, en ce que, tandis que celui-ci prend pour point de repère l'instant où l'urine commence à sortir par la sonde, M. Mercier au contraire juge du moment où l'instrument est au niveau de l'orifice vésico-urétral par la résistance que son bec, tourné en haut, éprouve de la part du bord antérieur du col de la vessie. Il trouve que ce moyen lui permet de déterminer plus exactement la situation du cathéter que la sortie de l'urine, phénomène trop sujet à varier dans l'époque de son apparition et qui peut avoir lieu, par exemple, dès que l'extrémité de l'instrument a soulevé la valvule, et bien avant que ses yeux soient engagés dans la vessie.

Nous avons cru devoir rapporter avec quelques détails ces procédés, car bien que différents par leur mécanisme, ils ont un même but, et un but qui, de l'aveu même de leurs auteurs, n'est pas toujours facile à atteindre, puisque M. Civiale, après avoir énuméré toutes les ressources que l'art possède pour arriver à la connaissance de ces tumeurs, complète, pour ainsi dire, l'article du diagnostic en avouant que « même en laissant de côté les faits exeptionnels, et se renfermant dans les cas ordinaires, les moyens d'exploration qu'il a décrits laissent encore beaucoup à désirer. »

Sous le rapport du pronostic comme du traitement, une division fondamentale domine l'histoire des engorgements prostatiques, et M. Civiale a obéi à l'impulsion de son esprit observateur en la prenant pour point de départ dans l'enoncé de ses considérations thérapeutiques. C'est l'ancienneté variable du mal qui modifie les symptômes; c'est donc elle aussi que doit guider le praticien dans le choix des moyens à employer. Ainsi, à la première période, lorsque la tuméfaction partielle ou totale de la glande est peu considérable, et que les fonctions urinaires et génératrices n'ont éprouvé qu'une faible atteinte, il suffit parfois de quelques purgatifs, de boissons abondantes, de bains de siége, de lavements émolliens, et de l'introduction repétée de bougies molles, pour obtenir la rémission de ces légers accidents. Alors même qu'on a lieu de supposer une lésion plus avancée, il sera prudent de commencer par ces moyens qui préparent toujours le succès des médications plus énergiques en écartant les complications et en neutralisant l'excitation morbide dont la maladie principale est toujours accompagnée. Mais lorsque ce traitement simple est sans résultat, il faut absolument en venir à l'usage de la sonde. C'est le remède souverain, on pourrait même dire spécifique, car il se rapproche des agents de cette classe autant par la difficulté d'expliquer ses effets que par son efficacité incontestable. C'est dire que toutes les régles qui président à son emploi sont empiriques et dictées par l'observation plutôt que par le raisonnement. M. Civiale entre dans les plus minutieux détails sur la construction des sondes dont il précise le dégré de courbure, sur les difficultés de leur introduction, sur la question de savoir s'il convient mieux d'en répéter l'application que de les laisser à demeure, etc.

Ces règles, nous l'avons dit, sont le fruit de l'expérience; on sait que l'engorgement de la prostate cause tantôt la dysurie et la rétention, tantôt l'incontinence d'urine; on sait que ces accidents se manifestent à différents degrés; on sait que l'usage continué de la sonde amène toujours une amélioration, souvent une guérison solide et durable. Mais là se bornent nos connaissances, et sur ce point, comme sur tant d'autres, l'esprit est réduit à constater un fait, à enregistrer les résultat obtenus, sans pouvoir en pénétrer la cause. Pourquoi, par exemple, la rétention survient-elle plutôt que l'incontinence? A quelle espèce de lésion correspondent les diverses formes de symptômes? Quel est le véritable mode d'agir de la sonde? Ce sont là autant de questions actuellement insolubles; car on ne prendra pas sans doute pour une interprétation rigoureuse les théories variées et contradictoires qu'ont avancées les auteurs les plus au niveau de la science; on ne regardera pas la rétention d'urine comme bien expliquée par *l'irritabilité excessive du col vésical* (p. 367), ou par *un état d'atonie de la vessie* (p. 379), lorsqu'un peu plus loin dans le même ouvrage, on trouve l'incontinence, phénomène tout opposé, attribuée à une irritation intense du col de la vessie (p. 408), ou à la perte d'énergie de son corps (408); et quant aux effets de la sonde, il sera bien permis d'user de réserve à l'égard des explications que M. Civiale en donne, lorsqu'on les lui voit alternativement rapporter *à ce qu'elle fait cesser l'irritation qui réside au col vésical* (p. 342) et *à ce qu'elle stimule la contractilité musculaire du corps du viscère* (p. 404). Il serait injuste, après tout, de demander à notre auteur sur ces points délicats une réponse plus catégorique que l'état de la science ne permet aujourdhui de la donner; et nous n'avons point prétendu, par les citations qui précèdent, condamner l'esprit qui a présidé à la rédaction de son livre. En incriminant les doctrines, nous avons toujours fait une réserve pour les résultats, et s'il n'y a rien de nouveau dans celles-là, ceux-ci, au contraire, présentent à chaque pas des aperçus utiles et saillants. Posons cependant ici une exception.

Lorsqu'une théorie ne devance pas les faits, qu'elle se borne à les expliquer, et n'entend exercer sur eux ni critique, ni contrôle, on peut se montrer indulgent pour elle et lui pardonner en faveur de son innocuité le peu de solidité et l'insuffisance de ses preuves. Mais lorsqu'elle veut s'établir seul arbitre entre deux procédés opposés et soutenus chacun de grands noms, alors la sévérité devient un devoir, et un devoir d'autant plus impérieux que la question est plus pratique et toute d'application. Ainsi, M. Civiale blâme sans réserve l'emploi des sondes dites à redresser et d'autres moyens compressifs, et les exclut du traitement des engorgements prostatiques, malgré l'opinion contraire d'auteurs recommandables, par cela seul que, suivant lui, ces engorgements n'agissent pas en rétrécissant le calibre des voies urinaires, mais que leur influence est d'une nature toute vitale. Disons-le franchement, un semblable jugement, appuyé sur une hypothèse, ne serait sans appel que si l'hypothèse elle-même était parfaitement justifiée; or, ce que nous avons dit tout à l'heure montre assez que l'explication de M. Civiale est sinon fausse, du moins fort problématique. N'hésitons donc pas à consulter l'expérience, juge en dernier ressort, et à provoquer la manifestation de nouveaux faits pour savoir à quoi nous en tenir sur un problème que la théorie s'est montrée jusqu'ici impuissante à résoudre.

M. Civiale, après avoir passé en revue les divers moyens imaginés contre l'hypertrophie prostatique, consacre un chapitre au traitement des complications, et montre comment l'hygiène doit seconder les effets des médications locales. Malgré la multitude des ressources que l'art possède en fait d'agents préventifs, il ne se dissimule cependant pas la pénurie réelle que voile cette apparente richesse, et il est douloureux, quoique fort honorable pour le caractère de l'auteur, de penser que la plus complète

et la meilleure monographie que nous possédions sur cette maladie se termine par cet aveu : « Nous ne connaissons, jusqu'à présent, rien qui puisse guérir une tuméfaction de la prostate, surtout passée à l'état d'induration : notre rôle se borne à faire qu'elle abrège le moins possible les jours du malade, et qu'elle ne rende pas son existence un enchaînement continuel de souffrances et de tourments. (p. 422.) »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le reste de son livre qui est consacré à la description des abcès, des ulcérations, de l'atrophie, du cancer et des calculs de la prostate. Ce que nous avons dit des premières parties peut s'appliquer au corps entier de l'ouvrage ; et, pour résumer en deux mots notre opinion à son égard, nous dirons que, fidèle à son titre, ce traité *pratique* des maladies des organes génito-urinaires, s'il ne réalise pas un progrès dans l'histoire dogmatique de ces affections, est du moins tellement riche en observations particulières, en règles de diagnostic et en préceptes thérapeutiques, qu'il a sa place naturellement marquée dans la bibliothèque de tous les praticiens.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Un mot sur cette question : peut-on déterminer, au moins jusqu'à un certain point, la cause de prédilection de l'affection tuberculeuse pour le poumon, depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'âge de 15 *à* 40 *ans, et par suite expliquer la fréquence progressive de la phthisie dans le siècle où nous sommes?* par le le docteur P. Chéneau. —Paris, 1841.

Il n'est pas de question plus importante que celle de l'origine des tubercules et de la cause qui détermine leur production ; sous quelque point de vue qu'on la considère, elle ne le cède en intérêt à aucune autre ; qu'on pense au nombre des victimes que frappe cette maladie, à leur âge, alors qu'ils allaient rendre à la société les sacrifices qu'ils lui avaient coûtés, et prendre une part active aux travaux et aux jouissances de la vie, et on reconnaîtra que c'est un des plus grands maux qui pèsent sur l'espèce humaine. Aussi que de nombreux travaux sur ce sujet, que de recherches sur le moyen d'en prévenir le développement ! Malheureusement on s'est plutôt occupé de rechercher les moyens de guérir la maladie que de connaître la cause qui la produit. Cette partie de la question qu'il fallait examiner d'abord n'a pas été et n'a pu être encore traitée d'une manière complète. On rencontre les opinions les plus opposées et soutenues par des hommes également éclairés. Qui pourrait affirmer, appuyé sur des preuves incontestables, que la phthisie pulmonaire est plus fréquente de nos jours, et que sa fréquence augmente avec les progrès de l'état social ? Qui pourrait dire pourquoi cette maladie est plus fréquente dans certaines contrées que dans d'autres, et si cette plus grande fréquence dépend du degré de la teméprature ou de ses variations, ou de quelques autres conditions atmosphériques, ou enfin des conditions sociales ? En attendant que ces questions aient été décidées, et elles ne le seront que par des travaux faits sur des masses considérables de faits et par des recherches statistiques suivies pendant longtemps sur des vastes surfaces et avec la sanction de l'administration ; en attendant que les gouvernements conçoivent l'importance ou trouvent le temps de s'occuper de cette grande question, il est quelques points qui peuvent être éclairés par des études particulières. Tels sont ceux qui discute M. Chéneau dans le mémoire que nous avons en ce moment en main, et qui mérite de fixer l'attention des hommes de l'art.

L'opinion commun attribue à l'activité comparative dont jouissent les organes aux différents âges de la vie, la disposition qu'ils ont à devenir le siége de la sécrétion tuberculeuse. Ainsi les tubercules ne seraient aussi fréquents dans le cerveau, pendant les premieres années de l'existence, que parce que pendant ce temps l'encéphale a une activité qu'il ne retrouve plus à aucune époque de la vie. Ensuite vient le tour des organes abdominaux, qui, dans l'enfance, sont doués d'une grande activité, laquelle donnerait lieu aux tubercules mensentériques ; afin, après la puberté, le développement que prend l'appareil pulmonaire chez les deux sexes appellerait dans les poumons cette sécrétion tuberculause qui, à un âge plus avancé, disparaît ou diminue considérablement et se porte sur des organes spéciaux, l'estomac, les intestins, l'utérus, les mamelles, la prostate, etc. Cette espèce de classification des maladies tuberculeuses, bien qu'assez satisfaisante, laisse cependant beaucoup à désirer. M. Chéneau ne s'occupe, dans son mémoire, que de la phthisie pulmonaire, et si la théorie qu'il expose pour la production était vraie, les bases de la classification dont nous venons de parler se trouveraient renversées. Voici comment il l'expose lui-même : « La phthisie pulmonaire afiecte de préférence les individus de quinze à quarante ans ; c'est un fait bien reconnu. Quelle est la cause de cette prédilection ? voilà toute la question, et voici sur quoi je m'appuie pour la résoudre ;

« Jusqu'à la puperté, et surtout dans l'âge tout-à-fait tendre, la nature ne cherche que la conservation de l'être et son accroissement. La vie toute matérielle de celui-ci se trouve concentrée dans les organes réparateurs, et est tout assimalatrice ; les dérangements fonctionnels de ces organes devaient donc favoriser davantage les circonstances qui président au développement tuberculeux : et en effet, les tubercules sont alors plus fréquents dans les ganglions mésentériques et dans les intestins ; mais après la puberté apparaît dans les deux sexes une existence nouvelle. La vie, jusqu'alors toute matérielle, devient au moins autant intellectuelle ; des sensations inconnues impressionnent tout notre être ; le cerveau, inactif jusqu'alors, manifeste toutes ses tendances, met en jeu toutes ses facultés, et à son tour exerce un despotisme irrécusable sur les organes dont il semblait dépendre auparavant.. Indépendamment et en outre de la réaction directe que les organes générateurs exercent sur l'encéphale, l'amour, ses délires et ses fureurs, ses exi-

gences non satisfaites, mais aussi trop souvent l'abus de ses jouissances viennent l'ébranler tour à tour. Puis l'ambition si souvent déçue, les haines, toutes les passions humaines ajoutent de nouveaux troubles aux troubles du cerveau. »

Cette excitation du cerveau se reproduirait, suivant l'auteur, dans les poumons, par le moyen de la huitième paire, et y déterminerait la production des tubercules ; ainsi s'expliquerait la fréquence de cette maladie de quinze à quarante ans et son accroissement pendant le siècle actuel.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur cette théorie du développement des tubercules pulmonaires, théorie qui réclame encore des développements, mais qui offre au moins l'avantage de chercher l'origine de la production de la matière tuberculeuse dans un nouvel ordre de causes, et d'élargir encore davantage la base sur laquelle s'agitent tant de questions importantes.

(*Gazette méd. de Paris*, n° 59.)

G. MÉLANGES.

Testament ; aliénation.

L'individus qui a donné des signes d'aliénation mentale peut valablement tester, si le mois suivant il est revenu a la raison, quoiqu'il ait été atteint le paralysie.

Tel est l'esprit d'un arrêt que vient de rendre en appel la Cour royale de Douay, à l'occasion d'un fait qui ne peut manquer d'intérêt pour le médecin légiste. Le tribunal d'Arras avait annulé le testament du sieur N., comme fait par un individu qui n'était pas sain d'esprit, en se fondant sur les signes d'aliénation mentale que le testateur avait donnés un mois avant la confection du testament, et qui, d'après la nature de sa maladie, devaient être considérés comme constituant une aliénation mentale incurable. Une consultation avait en effet été rédigée en ce sens par trois docteurs de la Faculté de Paris, et dont l'opinion, dans ces sortes des questions, est d'une grande autorité. Les motifs de cet arrêt s'appuient surtout sur ce que quelques actes momentanés de démence ne sont point un motif suffisant pour affirmer qu'au bout d'un mois le sujet n'ait pas recouvré assez de raison pour tester, et sur ce que l'hémiplégie qu'il avait éprouvée ensuite n'avait altéré que son physique, sans affaiblir ses facultés intellectuelles, et lui avait laissé l'entier usage d'une volonté libre et réfléchie, ce qui ressortait de l'acte même dans lequel il avait retracé ses dispositions dernières.

—Un autre arrêt, rendu, il y a peu de temps, par la Cour royale de Riom, sur une affaire qui offre quelque analogie avec la précédente, doit être aussi de quelque intérêt pour le médecin legiste. Cet arrêt a été rendu en appel d'un jugement du tribunal de première instance de Cannat, qui est dit avoir mal jugé. Il ressort de cet arrêt que :

La valadité de la donation faite au conjoint, en contrat de mariage, peut être attaquée pour cause de démence du donateur, bien que la validité de l'engagement de la personne dans le mariage ne soit pas contestée.

Mais pour faire annuler cette donation, il ne suffit pas que le donateur ait été interdit longtemps après pour cause de démence, il faut prouver la démence notoire au temps de la donation même.

Les motifs de cet arrêt que réforme le jugement du tribunal de Gannat, reposent sur ce que ce tribunal avait confondu avec l'aliénation ou plutôt la démence, qui ne permet pas de stipuler ces conventions ni de contracter un état dans lequel un homme doué d'une intelligence bornee, d'un esprit faible et inculte, conserve cependant l'intelligence du bien et du mal, l'entente ordinaire des choses de la vie, et peut comprendre la portée de son engagement.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 42.)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE CAHIER.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES

39. Sur la composition et les produits de la distillation de l'acide stéarique ; par *Jos. Redtenbacher*. 201
40. Recherches sur l'acide margarique ; par M. *Fr. Verrentrapp*. 204
41. Recherches sur l'acide oléique ; par M. *F. Varrentrapp*. 206
42. Recherches sur l'acide élaïdique ; par M. *Meyer*. 209
43. Sur l'acide gras du beurre de cacao ; par M. *C. Bromeis*. 212
44. Sur la quantité d'acide carbonique expiré à l'état normal et dans les maladies ; par M. *Gregor*. 213
45. Note sur les gaz dégagés par les plantes marines ; par M. *Aimé*. *ib.*
46. Note de M. *Arago* sur un nouvel hygromètre de M. *Savary*. 214

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

47. Des variétés observées dans les symptômes de l'empoisonnement par l'opium ; par le docteur *David Skac*. 231

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

48. Observation d'un utérus bicorne, suivie de quelques considérations physiologiques ; par M. *Dumas*. 216
49. Recherches sur le développement des os, lues à l'Académie des sciences, le 4 octobre 1841 ; par M. *Flourens*. 226
50. Recherches pour servir à la détermination de la taille moyenne de l'homme en France par M. *Lélut*. 231
51. Opacité congénitale de la cornée ; par le docteur *Fleussu*. *ib.*
52. Note physiologique relative à un cas de paralysie des deux septièmes paires ; par le docteur *Constantin James*. 232
53. Mémoires sur les effets de l'immobilité absolue des articulations, sans maladie préalable, par M. *Teissier*, 239

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

54. Maladies régnantes 249
55. Nouvelles recherches sur la diathèse purulente ; par le docteur *Jean-Paul Tessier*. 250
56. De la fièvre intermittente et de la splénite. 257
57. Un mot sur un nouveau traitement de la teigne faveuse ; par *Petel*. 259
58. De la cautérisation appliquée au traitement de la teigne. 261
59. Réflexions tirées de 206 observations de ténias ; par le professeur *Wawruch*. 262
60. De l'emploi du gui de chêne dans le traitement de certaines toux convulsives. 264
61. Des bons effets de la solution saturée d'alun portée sur l'urètre dans les cas d'impuissance ; par M. le docteur *Loir*. 267

62. De l'emploi de l'opium pour arrêter le développement des inflammations internes aigues; par le docteur *Christison*. 268
63. Deux observations de chorée ou danse de Saint-Guy, recueillies par *J.-J. Deville*. 239
64. Hypertrophie du cœur, rétrécissement de l'orifice aortique.—Altérations des valvules bicuspides gauches.—Œdème pulmonaires.—Albuminurie considérable.—Anasarque.—Service de M. *Monneret*. 271
65. Hydro-péricardite et épanchement pleurétique gauche aigus, traités par les émissions sanguines générales, les vésicatoires et les révulsifs portés sur le tube intestinal.—Guérison.—Service de M. *Monneret*. 272
66. Cas de vomissements d'urine observés à l'infirmerie royale d'Édimbourg; par le docteur *Holliday Douglas*. *ib.*
67. Cas d'entérite chronique, guérie par le nitrate d'argent cristallisé en lavement et en pilules; par *A. Michel*. 273

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

68. Convulsions puerpérales; par M. *Nichet*. 274
68. *bis*. Hémorrhagies utérine, transfusion; mort; par M. *May*. *ib.*
69. Expulsion d'un fœtus de deux mois et demi, huit jours après l'accouchement d'un enfant à terme; par *Clair*. 275
70. Accouchement de deux enfants jumeaux; l'un mort atrophié, de cinq mois et demi à six mois de développement; l'autre né viable au terme de neuf mois, bien portant; par le docteur *Ménard*. *ib.*
71. Observation de corps fibreux pédiculé de l'utérus, d'un volume considérable, remplissant la cavité du vagin. — Tentatives d'abaissement de la matrice sans résultat, par suite d'immobilité de cet organe. — Ligature infructueuse suivie d'imminence de métro-péritonite.—Division et excision de l'excroissance.—Guérison rapide; par MM. les docteurs *Tordeur*, frères (d'Elouges et de Dour), et *V. Delhaye*. 276
72. Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, et de leur ouverture pratiquée par le vagin; par *Hippolite Bourdon*. 279
73. Sur l'apoplexie abdominale des nouveau-nés; par le docteur de *Kinwisch*. 288

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

74. Deuxième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans les régions lombaires gauche et droite, sans ouvrir le péritoine, par *J.-Z. Amussat*. 290
75. Observations autoplastiques; par M. *Burggraeve*. 297
76. Sur le traitement chirurgical du goitre par la ligature sous-cutanée; par M. *Rigal de Gaillac*. 298
77. Observation d'un cas de luxation postérieure et latérale externe de l'articulation du coude, suivie de quelques réflexions sur cette variété de luxations huméro-cubitales; par M. *Vignolo*. 301
78. Faits de luxation de la cuisse en haut et en dehors (luxation iliaque); réduction à l'aide d'un nouveau procédé; par M. *Orr*. 303
79. Des incisions multiples dans l'érycipèle phlegmoneux; par M. *Dassit*. 305
80. Faits pratiques relatifs aux rétrécissements de l'urètre; par M. *Bransby Cooper*. 306
81. Recherches sur les rétrécissements de l'urètre, sur le cathétérisme et sur les fausses routes, par M. *Edward Cock*. 308
82. Cystotomie périnéale pratiquée chez un individu dont la portion prostatique de l'urètre était oblitérée; par M. *Vottem*. 311
83. Sur les sources de l'hémorrhagie après la lithotomie; par M. *Spence*. 312
84. Considérations sur les abcès dans l'épaisseur des parois vésicales et sur leur traitement; par M. *Civiale*. 315
85. Du séjour forcé de l'urine dans la vessie; par M. le docteur *Civiale*. 317
86. De l'incontinence d'urine; par M. le docteur *Civiale*. 319
87. De l'exploration de l'appareil auditif, ou recherches sur les moyens propres à conduire au diagnostic des maladies de l'oreille; par *P. Menière*. 321

VII PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

88. Mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura stramonium; par M. *J. Moreau*. 326
89. De la saignée dans la manie; par le docteur *Browne*. 333

VIII. MALADIES SYPHILITIQUES.

90. Revue de la clinique des maladies vénériennes, années 1838 et 1839, par *Ch. Schutzenberger*. 334
91. Traitement antiphlogistique de la syphilis ; par le docteur *B...y*. 339

C. MONOGRAPHIES.

Revue opthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841. 341

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris. 374
Académie royale de médecine de Paris. 379
Académie royale de médecine de Belgique. 388

E. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Monographie du madi cultivé (madia sativa) ; par *Victor Pasquier*. 391
Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires ; par le docteur *Civiale*. Deuxième partie : Maladies du col de la vessie et de la prostate. 393
Un mot sur cette question : peut-on déterminer, au moins jusqu'à un certain point, la cause de prédilection de l'affection tuberculeuse pour le poumon, depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'age de 15 à 40 ans, et par suite expliquer la fréquence progressive de la phthisie dans le siècle ou nous sommes ? par le docteur *P. Chéneau*. 398

MÉLANGES.

Testament ; aliénation. 400

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

4e Série. DÉCEMBRE. — 1841. Vol. VIII. N° 3.

A. Reproduction et Revue des Journaux belges et étrangers.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES.

92. *Recherches cristallographiques ;* par M. de la Provostaye.

Acides tartrique et paratartrique, tartrates et paratartrates.

Le monde matériel et les lois qui le régissent étant l'objet propre des sciences naturelles, chacun de leurs progrès fait envisager les êtres et leurs propriétés sous de nouvelles faces, nous découvre de nouvelles forces et de nouveaux rapports ; mais si l'horizon s'agrandit, ses bornes sont toujours obscures, et l'on doit, chaque jour, redoubler d'efforts pour éclairer les points ténébreux de la science. Les recherches physico-chimiques semblent plus particulièrement destinées à atteindre ce but, en ce qu'elles mettent en jeu les forces moléculaires ou ce qu'il y a de plus intime dans les propriétés des corps. Il est une étude qui s'y rattache de la manière la plus étroite, et qui, sans aucun doute, mérite de la part des physiciens l'attention la plus sérieuse. Cette étude, c'est celle de la forme des substances cristallisées.

Tout porte à penser, dans l'état actuel de la science, que les propriétés physiques et chimiques des corps sont déterminées beaucoup moins par leur nature propre que par la disposition relative des molécules, leur mode de groupement et d'agrégation. Or on conçoit qu'il est un autre effet dérivant de la même source d'une manière bien plus directe encore, c'est la forme extérieure de la substance lorsqu'on peut l'obtenir pure et cristallisée.

Il est dès lors évident que celui qui pourrait embrasser tous les rapports lirait dans la forme d'un corps un grand nombre de ses propriétés, et réciproquement que sa nature, sa constitution et ses propriétés bien connues devraient conduire à prévoir et à déterminer sa forme.

De nombreuses tentatives ont été faites dans cette direction ; elles ont été couronnées d'un succès partiel qui peut en faire espérer d'autres pour l'avenir. M. Mitscherlich, dans ses remarquables travaux, s'est spécialement occupé des substances inorganiques cristallisées. L'étude des substances organiques laisse encore, je crois, beaucoup à désirer. L'examen comparatif de ces matières, sous le point de vue de la forme et de la composition, fait l'objet d'un travail étendu que j'ai commencé et que je me propose de poursuivre. Ici, plus que partout ailleurs, il faut, pour arriver à des conséquences probables, accumuler un grand nombre d'observations bien faites. Cela même est loin de suffire : la question, de sa nature, est tellement complexe, qu'on ne peut espérer d'en trouver la solution qu'autant qu'on sera guidé par des vues théoriques parfaitement justes sur la constitution des corps. On est encore loin de pouvoir aborder cette question d'une manière satisfaisante. Je me regarderai comme heureux si, par la série de recherches que j'ai l'intention de publier, je puis, sinon la résoudre, au moins donner des éléments pour sa solution.

Les chimistes trouveront, dans des mesures faites avec soin, un caractère utile, une sorte de définition des substances qu'ils étudient ; leurs théories pourront y trouver un point d'appui et des moyens de contrôle. Enfin peut-être l'analogie des formes fera-t-elle naître dans leurs esprits des rapproche-

ments nouveaux, des points de vue inaperçus jusqu'à ce jour.

Dans le travail qui va suivre, je me suis uniquement occupé de l'acide tartrique, de l'acide paratartrique et des combinaisons que ces acides forment avec les bases.

La composition de ces deux acides ne diffère que par un équivalent d'eau. Le plus souvent les tartrates et les paratartrates ont exactement la même composition ; néanmoins, comme on le verra, la forme extérieure diffère. Sans doute il n'y a rien là qui doive nous surprendre. Seulement on peut en conclure, surtout si de nouveaux exemples viennent ultérieurement confirmer nos présomptions, que la forme cristalline ne dépend pas seulement du nombre des atomes, mais aussi et surtout peut-être de leur mode de groupement et du rôle qu'ils jouent dans les combinaisons.

Acide tartrique.

L'acide tartrique a déjà été examiné par M. Péclet (*Annales de Chimie et de Physique*, tome XXXI); mais il n'avait à sa disposition qu'un goniomètre d'application, et n'a pu dès lors donner les angles avec une grande exactitude. On remarquera toutefois que l'habileté de l'observateur a suppléé aux imperfections de l'instrument; les valeurs qu'il a indiquées ne s'écartent que bien peu des valeurs véritables. Néanmoins, comme il s'est uniquement occupé de la forme des cristaux de l'acide tartrique du commerce, et qu'elle résulte d'une altération de la forme régulière, j'ai pensé que de nouveaux détails à ce sujet ne seraient pas inutiles.

La forme de l'acide tartrique appartient au système monoklinoédrique. (Prismat. rectang. oblique. Voy. *fig.* 1, *Pl. I.*) Il présente un prisme vertical à quatre pans M, terminé par deux faces basiques inclinées *b*. Toutes ses arêtes latérales sont remplacées ; celles qui correspondent à la diagonale horizontale de la base, par un prisme *n* à quatre pans parallèles à la diagonale oblique, et celles qui correspondent à la diagonale oblique, par deux hémiprismes *r* et *w*, parallèles à la diagonale horizontale et par une paire de faces verticales *h* qui appartient à la même zone et tronque symétriquement le prisme vertical M. On trouve aussi, mais plus rarement, et seulement sur des cristaux obtenus par une évaporation lente, les faces de l'hémipyramide négative *p*, et de petites facettes *i* qui tronquent l'arête entre la base et le prisme *n*.

Tel est l'aspect de l'acide tartrique lorsque toutes les faces sont également développées ; mais presque toujours les deux faces M, qui se trouvent d'un même côté de la diagonale oblique, s'élargissent beaucoup, et font presque disparaître les faces *n* qu'elles comprennent ; les deux autres, au contraire, sont d'ordinaire extrêmement petites, et se trouvent presque effacées par le développement des faces *n* intermédiaires. Il résulte de ces changements que la forme décrite ne se laisse pas reconnaître immédiatement. Pour aider dans cette orientation, j'ai représenté *fig.* 2, un fragment détaché d'une grappe d'acide tartrique du commerce, et j'ai mis sur chaque face la même lettre que plus haut. Souvent une ou plusieurs des faces *r*, *h*, *w*, et la petite face M disparaissent. Dans tous les cas, et s'il restait quelque doute, on pourrait avoir recours à un signe qui permettra toujours de connaître la base *b*. Bien qu'on admette généralement que l'acide tartrique n'a pas de clivage, il en a réellement un parfaitement net et facile, parallèlement à la face *b*. De plus, lorsque, par accident ou autrement, la surface unie et brillante des faces *n* a été enlevée, on aperçoit une texture fibreuse très-prononcée. Les fibres sont dirigées parallèlement aux arêtes d'intersection de M, *w* et *n*, et forment un bec en se rencontrant sur l'arête d'intersection des deux faces *n*. Toutefois cette texture ne s'aperçoit bien que sur l'acide tartrique du commerce en gros cristaux. L'acide tartrique pur, qui cristallise lentement, est ordinairement en lames homogènes et transparentes, et n'offre pas cette particularité.

Dans la *fig.* 3, on l'a dessiné tel qu'il se présente alors cristallisé en plaques minces.

Les détails qui précèdent ne peuvent laisser aucune ambiguité, et l'on pourra toujours, à leur aide, reconnaître immédiatement les diverses faces du cristal, quelle que soit la forme qu'il affecte.

Voici maintenant la notation des faces et les angles mesurés :

$$\begin{aligned} M &= {}_{\infty}P, \\ b &= 0P, \\ h &= {}_{\infty}P_{\infty}, \\ r &= +P_{\infty}, \\ w &= -P_{\infty}, \\ n &= (P_{\infty}), \\ i &= (\tfrac{1}{2}P_{\infty}), \\ p &= -P. \end{aligned}$$

	Angles mesurés.	Calculés.
$r : b =$	122°30',	
$w : b =$	135. 0,	
$n : b =$	128.34,	
$M : b =$	97.10,	97°15',
$M : r =$	121. 4,	121. 5,
$M : w =$	125.15,	125.20,
$M : n =$	129.20,	129.20,
$M : n' =$	118.30' à 35',	118.31,
$n : i =$	160 à 161°,	
$M : p =$	151 ½ à 152° ½.	

Par de simples soustractions, on trouve

$$\begin{aligned} r : w &= 102°30', \\ n : n &= 102°52'. \end{aligned}$$

De ces angles on déduit

Angles des axes.

$$y = 79°45'.$$

Axes.

$$a : b : c = 1{,}2417 : 1 : 0{,}9747.$$

Acide paratartrique.

La forme de l'acide paratartrique appartient au

système triklinoédrique (prism. oblique à base de parallèl. obliquangle, *fig.* 4). Les plans qui la terminent réfléchissent parfaitement la lumière, et le système des zones est bien développé. Il arrive souvent qu'une partie des faces manque; aussi, pour les trouver toutes, il a fallu choisir sept ou huit individus sur plus de trois ou quatre cents qui ont été détachés et examinés les uns après les autres. La considération des zones suffit pour déterminer complétement la notation des faces et leur disposition relative.

En effet, un examen attentif a montré que la zone horizontale comprend les faces M, N, T, R.

Une deuxième zone comprend N, y, b, x;
Une troisième zone comprend R, b, p;
Une quatrième zone comprend T, P, b;
Une cinquième zone, R, P, y;
Une sixième zone, N, P, s;
Une septième zone, T, s, x;
Une huitième zone, M, p, x;
Une neuvième zone, M, y, s;
Et enfin une dixième zone, T, y, p.

Si, tenant compte de ces relations, on fait la projection des faces suivant la méthode connue, on est nécessairement conduit, pour chaque face, à la notation suivante :

$$b = 0P, \qquad R = {}_{\infty}P_{\infty}, \qquad P = P', \qquad y = {}'P'_{\infty}, \qquad T = {}_{\infty}P.', \qquad x = {}_{,}P_{,\infty}, \qquad M = {}_{\infty,}'P, \qquad s = {}_{,}P'_{\infty}, \qquad N = {}_{\infty}P_{\infty}, \qquad p = {}'P_{,\infty}.$$

La forme est donc une combinaison d'un quart d'octaèdre P, de six hémiprismes M, T, s, p, x, y, d'une base b et des deux paires de faces N et R.

Parmi les hémiprismes, M et T sont verticaux, s et p sont inclinés et parallèles à la plus courte des diagonales de la base.

Toute la partie du cristal qui se trouve à droite dans la figure est le plus souvent altérée, de telle sorte que les faces P, s, b ne se trouvent bien visibles que sur un petit nombre d'échantillons. Sur le grand nombre de cristaux examinés, la face b n'a été trouvée que trois fois, P quatre ou cinq fois, s beaucoup plus souvent.

Quand ces trois faces manquent en même temps, les faces x et y sont terminées vers la droite à la rencontre de la face R.

Angles mesurés.		Calculés.
p : R à gauche	= 128°33',	
p : b	= 153.54,	
y : N	= 123.32,	
(1) y : b	= 245.46,	
M : R à gauche	= 110.45,	
M : N	= 129.51,	
N : T	= 152,54.	
T : R à droite	= 146.30,	
y : x	= 111.57,	
b : s	= 147.56,	
P : y	= 156. 7,	156° 8',
N : P	= 153. 5,	153. 5,
y : T	= 113.32,	113.34,
p : M	= 107.28,	107.32,
y : R à gauche	= 84.26,	84.29,
y : M	= 120.32,	120.32,
R : N	=	119.24,
y : p	=	128.13,
b : x	=	146.11.

(1) La face b étant toujours extrêmement petite, il a été difficile d'obtenir cet angle avec précision. La mesure donnait un angle compris entre 145' 45' et 146°. J'ai choisi la valeur qui s'accordait le mieux avec les autres angles mesurés plus exactement.

Il serait inutile de donner un plus grand nombre d'angles. Chacun pourrait, à l'aide des données qui vont suivre, trouver sans trop de peine celui dont il aurait besoin.

D'après la symétrie de ses faces et les mesures précédentes, l'acide paratartrique doit être placé dans le dernier système. Il faut donc rapporter la position de ses faces à trois plans coordonnés obliques. Le cristal étant placé comme la *fig.* 4 le représente, je suppose que l'axe des x est vertical, l'axe des z dirigé vers l'observateur, et l'axe des y vers la droite (voyez *fig.* 5). Soient A, B, C, les angles des plans coordonnés; l'angle A est égal à l'angle de N et de R, c'est-à-dire, à 119°24'. On trouve d'une manière semblable les valeurs de B et de C. De ces valeurs on déduit les angles plans formés par les axes qu'on désigne ici par α, β, γ.

Outre ces valeurs, il faut encore trouver le rapport de grandeur des axes qui seront désignés par a, b, c. On prendra arbitrairement la longueur b de l'axe des y, égale à l'unité; les autres se trouvent alors sans peine par les méthodes connues. Il suffit, comme on sait, des valeurs de A, B, C, et des rapports $\frac{a}{b}$, $\frac{c}{b}$, pour déterminer complétement la forme. Voici le tableau des quantités que nous venons d'indiquer :

$$A = 119°24', \quad \alpha = 120°, \qquad B = 89.18, \quad \beta = 96.19'; \qquad C = 77.33, \quad \gamma = 76.5'.$$

$$a : b : c = 0,48434 : 1 : 0,80602.$$

Tartrate neutre d'ammoniaque.

Le tartrate neutre d'ammoniaque cristallise dans le système monoklinoédrique (prism. rect. oblique *fig.* 6).

Sa forme présente les deux hémipyramides z et n, la base oblique l, le prisme incline q parallèle à la diagonale oblique de la base, et enfin la paire de faces orthodiagonales M et l'hémiprisme T, qui sont parallèles à la diagonale horizontale de la base.

Les faces q s'élargissent constamment à l'une des extrémités, et y font disparaître les faces des deux hémipyramides z et n.

Les cristaux sont ordinairement allongés dans le

sens de l'arête d'intersection de M et de T, c'est-à-dire, dans le sens de l'axe *c*, qu'on suppose ici dirigé de la gauche à la droite de l'observateur.

Dans quelques cas plus rares, ils ont à peu près le même diamètre dans tous les sens.

Les faces sont fort belles et réfléchissent bien les images; mais au contact de l'air elles s'altèrent au bout de quelques jours.

Angles mesurés.

M	:	*l* =	88° 9',
M	:	*l'* =	91.51,
l	:	T =	127.40,
M	:	T =	140.29,
q	:	*q* =	110.10,
q	:	*l* =	124.55,
z	:	*n* =	124.24,
z	:	*q* =	144.11,
n	:	*q* =	144.54,
z	:	*n'* =	109. 5,
z	:	*l* =	116.50,
n	:	*l'* =	118.45,
q	:	M =	88.56,
q'	:	M =	91. 4,
z	:	T =	137.39,
z	:	M =	145.14,
n	:	M =	143.50,
q	:	T =	110.28.

Notation des faces.

$z = P$,
$n = -P$,
$l = oP$,
$M = {}_{\infty}P_{\infty}$,
$T = P_{\infty}$,
$q = (P_{\infty})$.

Angle des axes.

$\gamma = 88°9'$.

Longueur des axes.

$a : b : c : = 1{,}244 : 1 : 0{,}8684$.

Paratartrate neutre d'ammoniaque.

Le paratartrate d'ammoniaque cristallise dans le système rhombique (prism. rect. droit, *fig.* 7).

	Angles mesurés.	Calculés.
u : *v*	= 169°	
u : *u*	= 118.	
M : M par derrière	= 99.30',	
h : M	= 160.50,	
P : *u*	=	156°27',
P : *v*	=	154. 7,
T : M	=	130.15,
T : *h*	=	149.25.

Presque toujours *u* et *v* sont fendus et un peu convexes, probablement parce que deux cristaux s'accolent latéralement. La suture est à peu près parallèle à l'intersection de P : *u*.

Notation des faces.

$P = P$,	$M = {}_{\infty}P$,
$u = P_{\infty}$,	$h = {}_{\infty}\overset{v}{P}2$,
$v = \frac{2}{3}\overline{P}_{\infty}$,	$T = {}_{\infty}\overset{v}{P}_{\infty}$.

Axes.

$a : b : c = 0{,}5087 : 1 : 0{,}8466$.

Tartrovinate de potasse.

Lorsqu'on laisse une dissolution de tartrovinate de potasse s'évaporer avec lenteur, elle donne de beaux et grands cristaux parfaitement transparents, qui appartiennent au système rhombique (prism. rect. droit, *fig.* 8).

Sa forme nous offre la combinaison d'un octaèdre *o*, dont les faces sont toujours très-petites et souvent peu visibles, d'un prisme horizontal *n* qui tronque ses arêtes aiguës, d'une paire de faces verticales *h*, parallèles à la plus courte diagonale de la base de l'octaèdre, et enfin d'un prisme vertical $M = {}_{\infty}P2$.

Il arrive fréquemment, surtout lorsque les cristaux sont petits, que deux des quatre faces *n* et deux des quatre faces M disparaissent, ou du moins ne sont plus perceptibles. Dans ce cas, on croirait avoir affaire à un prisme oblique, *fig.* 9 et 10.

Il n'est pas rare de voir les cristaux se grouper. Quelquefois deux individus se réunissent par leurs faces *h*, de manière à former un seul cristal, dont la forme et les angles ne diffèrent pas des deux premiers, *fig.* 11. On en trouve même cinq ou six groupés de la même manière, mais alors ils sont très-comprimés, et les faces *n* et *n*, M et M, ne sont pas réunies avec autant de perfection que dans le cas précédent, où les faces M des deux cristaux forment une seule et même face sans aucune trace de suture.

On trouve un clivage facile parallèlement à la face *h*. Les surfaces de clivage ont un éclat remarquable. Les lamelles ont peu de flexibilité et sont assez tendres; cependant on peut les obtenir extrêmement minces.

Angles mesurés.

n	: M	=	101° 5',
h	: *n*	=	112.39,
n	: *n*	=	134,41,
M	: M	=	120° 8',
M	: M	=	59.52,
M	: *h*	=	119.56.

Mesures grossières.	Angles calculés.
$o : o_{,} = 154°$,	153°20',
$o : M = 144$ à $144° \frac{1}{2}$	144. 0,

On arrive facilement avec les valeurs précédentes à la notation des faces et à la longueur des axes.

Notation des faces.

$o = P$,
$n = \overset{v}{P}_{\infty}$,
$h = {}_{\infty}\overset{v}{P}_{\infty}$,
$M = {}_{\infty}\overset{v}{P}2$.

Axes.

$a : b : c = 0{,}4174 : 1 : 0{,}2879$.

Si l'on adoptait pour la notation des faces

$o = \frac{1}{3} P \frac{1}{3}$,
$n = \frac{1}{3} \overset{v}{P}_{\infty}$,
$h = {}_{\infty}\overset{v}{P}_{\infty}$,
$M = {}_{\infty}\overset{v}{P} \frac{2}{3}$,

on aurait pour le rapport des axes,

$a : b : c = 1{,}25 : 1 : 0{,}864$.

Paratartrovinate de potasse.

Je dois cette substance à l'obligeance de M. Guérin. Lorsqu'elle m'a été confiée, elle était fort altérée; je n'attache donc aucune importance aux mesures suivantes, qui sont loin d'être bonnes. Je les cite néanmoins, parce qu'elles me semblent rendre fort probable que le paratartrovinate de potasse n'est pas isomorphe au tartrovinate.

Remarquons que, d'après M. Guérin, le premier contient 2 équivalents d'eau, tandis que le dernier n'en contient que 1.

B : o = 126° environ,
o : i = 151 environ,
i : B = 83 environ.

C'est à peine si le degré est exact. Il semblerait pourtant que le paratartrovinate de potasse cristallise dans le système monoklinoédrique.

Bitartrate d'ammoniaque.

Le bitartrate d'ammoniaque forme des cristaux assez petits, mais dont les sommets sont forts nets. Le grand nombre des pans rend tout à fait impossible la mesure exacte des angles qu'ils comprennent. La forme n'en est pas moins complétement déterminée, car lorsqu'on connaît exactement les angles du sommet, et approximativement ceux des pans, le calcul donne leur valeur rigoureuse.

La forme appartient au système rhombique (prism. rectang. droit, *fig.* 13). Elle offre la combinaison d'un octaèdre n, de trois prismes verticaux M, b, a, d'un prisme horizontal q, et des deux paires de faces h et T.

La projection horizontale, exécutée suivant la méthode ordinaire, montre qu'une seule et même zone contient les trois faces

b à gauche et en avant,
q en avant,
n à droite et en arrière.

La mesure des angles a donné

Angles mesurés.

$q : q$ = 110°32',
$q : n$ = 141.12' (9' à 16'),

Angles mesurés.		Calculés.
n : n en arrière	= 127°12' (10' à 14'),	
M : M par derrière	=	109°19',
h : n	=	116.24,
h : M	=	325.22.

J'ai cherché ensuite à déterminer l'angle des pans à 1 degré près. Des couleurs irisées ne permettaient pas d'espérer une exactitude plus grande.

Mesures grossières.	Angles calculés.
$h : a = 154°\frac{1}{2}$,	154° 9',
$a : b = 170$,	170.4,
b : M = $160\frac{1}{2}$,	160.32,
M : T = 45,	144.38.

Notation des faces.

$n = P$,
$q = \overset{v}{P}_{\infty}$,
$M = {}_{\infty}P$,
$h = {}_{\infty}\overset{v}{P}{}_{,\infty}$,
$T = {}_{\infty}\overset{v}{P}_{\infty}$,
$a = {}_{\infty}\overset{v}{P}3$,
$b = {}_{\infty}\overset{v}{P}2$.

Axes.

$a : b : = 06932 : 1 : 07099$.

Bitartrate de potasse.

Il est isomorphe au bitartrate d'ammoniaque. J'ai trouvé les angles suivants cités comme ayant été donnés par Brooke.

$q : q$ = 109°,
h : M = 126.15',
M : M par derrière = 107.30,
$h : n$ = 117. 2.

Tartrate neutre de potasse.

Le tartrate neutre de potasse cristallise difficilement. On ne l'obtient qu'en prismes courts, dont les faces sont en général fort peu brillantes. La mesure est donc difficile, et je n'ai pu l'avoir avec exactitude qu'en multipliant les essais sur un très-grand nombre de cristaux.

La forme est si régulière qu'on croirait, au premier coup d'œil, qu'elle appartient au système

rhombique (prismat. rectangul., *fig.* 14). Il n'en est rien. La mesure des angles prouve qu'il faut réellement la ranger dans le système monoklinoédrique. On trouve en effet.

Angles mesurés.	Calculés.
$i : f =$ 89°50',	
$i : l =$ 142.15,	
$f : l =$ 127.17,	
$u : u =$ 134.50,	
$u : m =$ 112.35,	
$f : u =$ 103.35,	103°38',
$l : u =$ 95.35,	95.38,
$i : u =$	107.46,
$i : m =$	127.55.

L'angle de $u : u$ a été quelquefois trouvé notablement plus grand et égal à 135° et jusqu'à 135° 50'; mais cela tenait à une concavité ou convexité qui d'ordinaire était évidente. Le plus souvent l'angle s'écartait peu de 134°50', valeur adoptée et qui s'accorde bien avec les autres angles mesurés. En calculant l'angle et la grandeur des axes d'après les données précédentes, on trouve

$$y = 75°12',$$
$$a : b : c = 1{,}0085 : 1 : 0{,}40212.$$

La forme est une combinaison du prisme vertical u, de la base inclinée l, de la paire de faces m parallèles à la diagonale horizontale de la base, et des deux hémiprismes horizontaux i et f qui appartiennent à la même zone.

La notation des faces est donc

$$l = 0P,$$
$$u = \infty P,$$
$$f = + P_\infty,$$
$$i = - P_\infty,$$
$$m = \infty P_\infty,$$

Tartrate neutre d'ammoniaque et de potasse.

Le tartrate neutre d'ammoniaque et de potasse, *fig.* 14, est isomorphe avec le tartrate neutre de potasse. Les angles ne diffèrent que par un petit nombre de minutes. Comme ce sel s'altère à l'air avec une très-grande rapidité, il est beaucoup plus difficile que pour le précédent d'avoir les angles avec précision. Je n'essaierai donc pas d'assigner les différences entre les angles; elles sont trop petites pour être séparées des erreurs d'observation.

Tartrate neutre de soude.

Le tartrate de soude forme des cristaux très-petits, dont la forme appartient incontestablement au système rhombique (prism. rect. droit, *fig.* 15).

Il offre un prisme droit vertical, dont le sommet est terminé par deux faces formant biseau n, et dont les angles latéraux sont tronqués, les uns par les faces h, les autres par les faces T. Les premières sont parallèles à la plus courte, les autres à la plus longue diagonale de la base.

Angles mesurés.	Calculés.
$h : M =$ 127°35',	
$M : M =$ 104.50,	
$n : n' =$ 132.44,	
$M : T =$ 142.25,	
$M : n =$ 108.30' à 35',	108°31'.

Notation des faces.

$$M = \infty P,$$
$$h = \infty \breve{P}_\infty,$$
$$T = \infty \bar{P}_\infty,$$
$$n = \bar{P}_\infty,$$

Valeurs des axes.

$$a : b : c = 0{,}3366 : 1 : 0{,}7696.$$

Tartrovinate de baryte.

Les cristaux de tartrovinate de baryte qui m'ont été remis par M. Guérin étaient préparés depuis longtemps et très-fortement altérés. Il en résulte que les mesures sont ici plus que grossières, et que c'est à peine si je puis répondre du degré.

$$M : N = 105 \text{ à } 106°,$$
$$M : t = 126 \text{ à } 127°.$$

Tartrate d'antimoine et d'ammoniaque. — Tartrate d'antimoine et de potasse.

Le tartrate double d'antimoine et d'ammoniaque forme des cristaux d'assez grandes dimensions, dont les faces sont parfaitement brillantes. Au premier coup d'œil on les prendrait pour des tétraèdres; mais un examen attentif prouve qu'on a affaire à une forme beaucoup plus composée.

C'est un rhomboctaèdre, *fig.* 17, terminé aux sommets par des faces basiques. Le premier rhomboctaèdre aigu forme des biseaux sur les arêtes latérales de cette forme primitive, et dans quelques cas ses propres arêtes latérales sont tronquées par un prisme vertical.

Ces cristaux n'offrent donc en réalité que des formes homédriques. Il est fort intéressant de pouvoir suivre sur cette substance le passage de l'homoédrie à l'hémiédrie. Pour faire comprendre ma pensée, je suis obligé d'entrer dans quelques détails.

On sait qu'on a réuni en un certain nombre de groupes les formes cristallines qui sont susceptibles de se combiner entre elles. Dans chacun de ces groupes ou systèmes, on a établi une connexion intime entre les formes en les déduisant géométriquement les unes des autres. Cette déduction s'exécute ordinairement en changeant, suivant des lois déterminées, la longueur d'un ou de plusieurs des axes de la forme fondamentale; mais, dans quelques cas, les formes dérivées sont *hémiédriques*, c'est-à-dire, qu'on ne peut les déduire d'une des formes homoédriques qu'en supposant que les faces alternatives de celles-ci disparaissent, et que les autres faces prolongées se coupent.

Cette conception semble n'avoir qu'une valeur purement théorique. La forme de l'émétique d'ammoniaque paraît indiquer que la transformation peut réellement s'effectuer dans la nature.

On le trouve, en effet, non-seulement sous la forme représentée *fig.* 17, mais de plus, lorsqu'on le fait cristalliser dans des circonstances un peu différentes, on l'obtient sous des formes identiques au fond, différentes en apparence.

Les angles sont toujours les mêmes; quant aux faces, lorsque celles qui sont comprises dans un des angles trièdres formés par les plans coordonnés sont très-développées, les faces opposées et parallèles sont à peine sensibles; dans quelques cas même elles ont tout à fait disparu, et la substance semble se présenter sous la forme d'un tétraèdre.

Angles mesurés.	Calculés.
P : *b* = 121°39'.	
P : 2P = 165.27,	165°28',
P : P' = 101. 8,	
P' : $P_{,}$ = 110.57,	
b : *h* = 90.0,	
P : P''' =	116°42',
h : *h*' =	83.29,
P : 2P' =	95.54,
2P'' : P =	75.42,
2P' : $P_{,}$ =	104.18,
2P' : 2P'''=	145.46,
2P : *b* =	107. 7.

Axes.

$a : b : c = 1{,}0801 : 1 : 0{,}8925.$

Tartrate d'antimoine et de potasse.

Je me suis assuré qu'il est complétement isomorphe au tartrate d'antimoine et d'ammoniaque.

Paratartrate d'antimoine et de potasse.

Le paratartrate d'antimoine et de potasse s'obtient cristallisé par le refroidissement d'une dissolution saturée. En général, les cristaux sont petits; souvent ils se joignent de manière à faire masse compacte. Ce n'est donc pas sans peine qu'on parvient à se procurer quelques échantillons mesurables, et encore leurs facettes sont loin d'être sans défauts. Malgré ces difficultés, leur examen prouve d'une manière certaine que ce sel appartient au système rhombique, *fig.* 18.

C'est un prisme droit à quatre pans, terminé par une pyramide à base rhombe.

Les angles suivants ne sauraient s'écarter beaucoup de la vérité. L'erreur probable me paraît être de 6 à 7' l'erreur possible de 10 à 12'.

Angles observés.		Calculés.
M : M	= 85°20',	
M : *o*	= 118. 2,	117°50',
o : *o*	= 140.0.	
o : *o* par derrière	= 142.55',	143. 6.

Axes.

$a : b : c = 0{,}3579, : 1 : 0{,}9217.$

Notation des faces.

M = $_{\infty}$P,
o = P.

L'octaèdre *o* est fort surbaissé; il est possible qu'il soit un des octaèdres dérivés de l'octaèdre fondamental. Si l'on regardait *o* comme un octaèdre obtus $\frac{1}{2}$ P, on aurait

Axes.

$a : b : c = 1{,}074 : 1 : 0{,}9217.$

Tartrate d'antimoine et de soude.

La forme de l'émétique de soude diffère de celle de l'émétique d'ammoniaque, et, par conséquent, de celle de l'émétique ordinaire. Ses cristaux, *fig.* 19, sont beaucoup moins beaux et moins réfléchissants; aussi la mesure des angles n'aura que peu de précision. Telle qu'elle est néanmoins, elle suffit pour déterminer la forme

Angles mesurés.

M : M = 85°20'
M : T = 137.20,
T : *c* = 136.40' à 137°40', } environ.
T : *a* = 117.

Axes.

$a : b : c = 1{,}08 : 1 : 0{,}9217.$

Notation des faces.

M = $_{\infty}$P,	*b* = *o*P,
h = $_{\infty}\overset{v}{P}_{\infty}$,	*n* = P_{∞},
T = $_{\infty}\bar{P}_{\infty}$,	*r* = $\frac{1}{2}\bar{P}_{\infty}$.

Remarques générales.

J'aurais désiré multiplier davantage le nombre des mesures pour les paratartrates. Je tâcherai de le faire plus tard. Des trois formes examinées, aucune n'est identique avec celle des tartrates correspondants, mais on ne doit établir la comparaison qu'entre le tartrate et le paratartrate d'ammoniaque, le tartrate et le paratartrate d'antimoine et de potasse, puisque le tartrovinate et le paratartrovinate de potasse ne contiennent pas la même quantité d'eau.

D'après les analyses de M. Dumas, le tartrate d'ammoniaque ne contient pas d'eau de cristallisation, et je me suis assuré que le paratartrate est dans le même cas en le chauffant à 150°.

J'ai jugé superflu de répéter l'analyse du paratartrate d'antimoine et de potasse, qui été examiné par M. Berzélius (*Annales de chimie et de physique*, tome XLVI).

Ainsi donc, première conclusion : les tartrates et les paratartrates de même composition ne sont pas isomorphes.

Après ces remarques sur l'hétéromorphisme de substances qui ont exactement la même composition, on me permettra de faire quelques rapprochements qui ont besoin de confirmations ultérieures, et que j'indique ici uniquement pour appeler l'attention sur ces différents points.

1°. En comparant le tartrate de potasse,

$$C^{16} H^{8} O^{10}, KO, H^{2} O,$$

et le tartrovinate de potasse,

$$C^{16} H^{8} O^{10} KO, C^{8} H^{10} O,$$

on est conduit à présumer que l'eau n'est pas isomorphe avec l'éther.

2° La forme différente de l'acide tartrique,

$$C^{16} H^{8} O^{10}, H^{2} O, H^{2} O,$$

et du bitartrate de potasse,

$$C^{16} H^{8} O^{10}, KO, H^{2} O,$$

rend de même probable que l'eau n'est pas isomorphe avec la potasse. On sait d'ailleurs que sous le point de vue chimique l'eau se rapproche de l'oxyde de cuivre, mais nullement de la potasse.

Enfin, ce que les considérations chimiques ne disent pas d'une manière précise, l'héther ne paraît pas être isomorphe à l'ammoniaque (oxyde d'ammonium).

Tartrate neutre d'ammoniaque,

$$C^{16} H^{8} O^{10}, AmO, AmO;$$

Tartrovinate de potasse,

$$C^{16} H^{8} O^{10} KO, C^{8} H^{10} O.$$

Je le répète, tout ceci a besoin de confirmation.

Je termine par une remarque d'un autre genre. Il s'agit d'une particularité que je ne puis guère, maintenant du moins, attribuer qu'au hasard.

1° L'émétique de potasse ou d'ammoniaque ; 2° l'émétique de soude ; 3° le paratartrate d'antimoine et de potasse, ont des formes entièrement différentes ; mais elles appartiennent au même système, et de plus, en choisissant convenablement, peut-être un peu arbitrairement, la notation des faces, on peut les rapporter à des axes qui, dans les deux derniers cas, sont entièrement identiques et diffèrent fort peu dans le premier cas. On pourrait faire des observations analogues pour quelques autres tartrates, mais j'ai hâte d'abandonner ce terrain, qui prête beaucoup trop aux illusions.

Nota. Tous les *tartrates* examinés plus haut m'ont été confiés par M. Dumas, qui a mis les produits de son laboratoire à ma disposition avec une générosité que je ne saurais trop reconnaître.

(*Annales de Chimie et de Physique*, octobre.)

---

93. *De l'acide hippurique et de ses réactifs ;* par le docteur A. Ure.

L'auteur rappelle d'abord qu'au mois de janvier dernier il signala, dans un mémoire présenté à la Société médico-chirurgicale, la modification importante que produit sur la sécrétion urinaire l'introduction dans l'estomac d'une certaine quantité d'acide benzoïque ou d'un benzoate soluble. L'urine rendue deux heures après cette ingestion fournit, si on la traite par un douzième d'acide muriatique, un abondant précipité de beaux cristaux d'un rouge foncé, qui, examinés au microscope, présentent la forme d'un prisme à quatre pans, terminé par un sommet dihèdre. Ces caractères appartiennent précisément à l'acide que contient l'urine du cheval, de la vache et des autres animaux granivores, et que Liebig a appelé pour cela acide hippurique.

Dans ce singulier changement d'éléments, qui est produit par la chimie vitale, nous voyons un produit organique, l'acide urique, composé de 8 atomes d'azote et de 10 de carbone, remplacé par un autre, l'acide urique, qui ne comprend pas moins de 18 atomes de carbone, et 2 seulement d'azote. En examinant cette urine, on reconnaît qu'elle ne contient plus de traces d'acide urique, ni d'aucun de ses sels; il est évident qu'il a été remplacé par l'autre acide.

Le point important pour la pratique médicale que présente le premier résultat, c'est que les sels que ce nouvel acide forme avec les bases ordinaires des fluides organiques, comme la soude, la potasse et l'ammoniaque, sont tous extrêmement solubles.

L'hippurate de soude se dissout dans deux parties d'eau à 60° Fah., tandis que l'urate de soude, qui forme les concrétions goutteuses, est presque aussi insoluble que l'acide urique lui-même, et il ne faut pas moins de 4,000 parties d'eau pour en dissoudre une. L'hippurate d'ammoniaque est à peine et moins soluble que l'hippurate de soude ; l'hippurate de chaux, le moins soluble de ces sels, l'est cependant encore dans 18 parties d'eau.

L'application pratique de ces données a déjà eu de grands avantages dans le traitement de certains états morbides de l'urine qu'on observe chez les sujets calculeux ou goutteux; par l'emploi fait à propos de l'acide benzoïque ou d'un benzoate, et en proportionnant la dose à l'état de la sécrétion rénale que l'on constate auparavant par l'analyse, on peut remplir le but indiqué avec une exacte précision, et sans aucun danger de nuire à la santé générale des sujets, ni d'irriter les organes urinaires. Il est bien entendu que cette méthode de traitement n'empêche pas l'emploi des autres moyens, de ceux surtout qui relèvent de l'hygiène.

Comme l'acide benzoïque pourrait irriter la gorge, à moins qu'il ne fût administré à l'état liquide, et

comme il n'est soluble que dans une grande quantité d'eau, on se trouvera bien de l'administrer avec le phosphtate ou le liborate de soude, qui le rendent plus soluble, sans rien changer à ses propriétés. Ainsi, quatre parties en poudre du premier de ces sels ou une partie et demie de sucre faciliteront la dissolution d'une partie d'acide benzoïque dans une petite quantité d'eau distillée; on n'éprouve pas la même difficulté avec le benzoate d'ammoniaque et de potasse.

Le phosphate de soude tient en dissolution non-seulement l'acide benzoïque, mais encore l'acide hippurique; ce qui est de quelque importance, puisque tout excès de ce dernier acide que contiendrait l'urine sera maintenu en dissolution au moyen du phosphate neutre de soude ou du triple phosphate de soude et d'ammonique qui existe naturellement dans cette sécrétion. Ces phosphates produisent cependant un effet très-différent sur l'acide nitrique, car ils le changent promptement en urate de soude en privant le sel de la moitié de sa base, et le transformant en bi-phosphate.

Ce fait, que l'auteur dit avoir observé récemment, et qui n'avait pas encore été signalé, lui paraît donner une explication rationnelle de la formation de l'urate de soude. Ainsi, toutes les fois que le rein fournit une quantité surbondante de phosphate soluble d'un côté et d'acide urique de l'autre, il doit évidemment en résulter un excès d'urate de soude.

Comme on a dit qu'il était très-difficile de distinguer ces deux acides (hippurique et benzoïque) l'un de l'autre, M. Ure met en opposition leurs caractères particuliers. Nous les reproduisons ici.

Acide benzoïque.	*Acide hippurique.*
Cristallise en aiguilles hexagonates ou en lames blanches, diaphanes, perlées, flexibles.	Il cristallise en prismes à quatre pans avec sommets dihèdres.
Est soluble dans deux parties d'éther.	Est très-peu soluble dans l'éther.
N'éprouve rien de l'action de l'acide nitrique.	Traité par l'acide nitrique et évaporé jusqu'à siccité, il produit, par l'addition de l'ammoniaque, une belle couleur pourpre.
Chauffé avec trois fois son poids d'hydrate de chaux, il produit simplement du benjoin.	Chauffé avec trois fois son poids de chaux hydratée, il fournit une certaine quantité d'ammoniaque.
Benzoate d'ammoniaque.	*Hippurate d'ammoniaque.*
Exposé à une forte chaleur, il fond et s'évapore en vapeur d'acide benzoïque, sans laisser aucun résidu.	Exposé à la chaleur, il fond et prend une couleur rouge léger, et forme un résidu acide qui, après avoir été dissous dans l'eau, et soumis à l'évaporation, fournit des cristaux rouges ayant les propriétés de l'acide hippurique.
Benzoate de potasse.	*Hippurate de potasse.*
Brute, sans émettre aucune odeur aromatique.	Chauffé jusqu'à décomposition, exhale une odeur d'amande amère.

Après tout, l'éther sulfurique fournit le meilleur moyen de distinguer ces deux acides par la facile solubilité de l'un et la solubilité difficile de l'autre dans ce menstrue.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 42.)

---

94. *Recherches sur les produits qui résultent de l'action de l'acide nitrique sur l'huile de ricin;* par M. T.-G. Tilly.

L'action de l'acide nitrique sur les acides gras a fait récemment le sujet des recherches de MM. Laurent et Bromeis, et les résultats intéressants obtenus par eux ayant attiré l'attention des chimistes, le professeur Liebig m'engagea d'examiner dans son laboratoire les produits qui résultent de l'oxydation de l'huile de ricin, qui diffère à un degré si remarquable des autres huiles fixes.

Une partie de cette huile fut mêlée avec deux fois son poids d'acide nitrique et un égal volume d'eau, et la cornue qui contenait le mélange fut soumise à l'action d'une douce chaleur. Au bout de quelque temps l'action devient très-violente, et les gaz se forment en si grande abondance, que toute la matière contenue dans la cornue s'en échappe par le col.

On doit alors retirer celle-ci du feu, afin que l'action se continue peu à peu. Si l'on replace la cornue sur le feu, il faut avoir recours à l'emploi d'un bain de sable pour que l'action soit moins violente. Ce moyen d'oxydation doit être continué plusieurs jours, plus ou moins, selon le degré de concentration de l'acide employé. Lorsque les vapeurs nitreuses diminuent, il faut retirer la cornue du feu. On trouve alors dans le récipient de l'acide nitrique, de l'eau et une huile acide volatile particulière qui fera le sujet des pages qui vont suivre. En ajoutant de l'eau à la masse grasse qui reste dans la cornue, et qu'on soumette le mélange à la distillation, on obtient une nouvelle quantité de cette huile acide.

Il faut la séparer alors de l'acide au-dessus duquel elle nage, la mêler avec de l'eau et redistiller. Ce procédé doit être répété à plusieurs reprises, après quoi il faut la dessécher en répandant dessus de l'acide phosphorique fondu; le chlorure de calcium ne peut être employé ici, en raison de sa solubilité dans l'acide.

L'acide qu'on se procure par cette méthode est tout à fait incolore et transparent; il possède une odeur aromatique agréable et une saveur sucrée et piquante. Il est peu soluble dans l'eau, et communique à ce liquide son odeur particulière Il est soluble dans l'acide nitrique, l'alcool et l'éther. Il commence à bouillir à la température de 148°, et une petite quantité passe à la distillation; mais s'il est maintenu pendant quelque temps à cette température, il noircit, se décompose et donne des produits empyreumatiques; d'où l'on voit qu'il ne peut être distillé seul. Il brûle avec une flamme claire et un peu fuligineuse, et ne se solidifie pas à un froid de — 17°. J'ai donné à ce composé le nom d'*acide*

œnanthylique pour des raisons que je donnerai ailleurs.

Brûlé avec de l'oxyde de cuivre, ce composé m'a donné des nombres qui conduisent à la formule

$$C^{14} H^{14} O^{4} \text{ (*)}.$$

Éther œnanthylique. — Cet éther s'obtient en dissolvant l'acide dans l'alcool absolu et en faisant passer un courant de gaz chlorhydrique à travers la solution. Il faut ajouter du carbonate de potasse au produit de la réaction, afin de neutraliser tout l'acide, et le distiller ensuite. L'éther passe alors dans le récipient, et l'on peut le débarrasser de l'alcool qu'il contient en l'agitant avec de l'eau. Il faut enfin le distiller sur du chlorure de calcium, dans un courant de gaz carbonique, en raison de la décomposition qu'il éprouve de la part de l'oxygène atmosphérique à la température de son point d'ébullition.

L'éther œnanthylique ainsi préparé est un liquide incolore, plus léger que l'eau, possédant une odeur agréable et particulière, différant peu de celle de la nitrobenzide. Il a une saveur douceâtre et un peu piquante qui laisse une sensation désagréable au palais. Il est soluble dans l'alcool et l'éther; il brûle avec une flamme bleu clair exempte de fumée. Il se solidifie sous l'influence du froid produit par un mélange de neige et de sel, et se présente alors sous forme cristalline.

Soumis à l'analyse, ce composé m'a donné des nombres qui s'accordent avec la formule

$$C^{18} H^{18} O^{4}.$$

Supposons maintenant que cet éther soit composé de 1 atome d'oxyde d'éthyle et de 1 atome d'acide anhydre, nous aurons pour la composition de celui-ci,

$$C^{14} H^{13} O^{3};$$

et en y ajoutant 1 atome d'eau pour former l'hydrate, nous aurons

$$C^{14} H^{13} O^{3} + HO.$$

L'œnanthylate de potasse s'obtient en neutralisant le carbonate de cette base par de l'acide œnanthylique; il ne cristallise pas; par l'évaporation il prend la forme d'une gelée épaisse et transparente.

Le sel de cuivre cristallise en belles aiguilles d'une couleur verte fort riche. Il est soluble dans l'alcool et peu soluble dans l'eau.

L'œnanthylate de strontiane se présente sous la forme d'écailles nacrées brillantes, ressemblant beaucoup au sel de baryte.

Il résulte donc des analyses précédentes que la composition de l'acide anhydre est

$$C^{14} H^{13} O^{3},$$

et qu'il entre ainsi dans les combinaisons suivantes :

OEnanthylate	d'eau	$C_{14} H_{13} O_3 + HO$,
—	d'oxyde d'éthyle.	$C_{14} H_{13} O_3 + C_4 H_5 O$,
—	de baryte. . . .	$C_{14} H_{13} O_3 + BaO$,
—	d'argent.	$C_{14} H_{13} O_3 + AgO$.

On a découvert, dans ces dernières années, que le vin doit son odeur particulière à un certain acide en combinaison avec l'oxyde d'éthyle. MM. Pelouze et Liebig, qui ont découvert cet acide, lui ont donné le nom d'*acide œnanthyque* (fleur du vin). Cet acide possède la composition suivante :

$$C^{14} H^{13} O^{2} + Aq.$$

L'analogie qui existe entre cet acide et celui qui vient d'être décrit est facile à reconnaître; la composition de ces deux acides nous ferait supposer qu'ils sont les oxydes du même radical, qui serait représenté par $C^{14} H^{13}$; tandis que les deux acides seraient respectivement, en désignant ce radical par R,

$$R + 2O,$$
$$R + 3O.$$

D'après cette hypothèse, j'ai d'onné au dernier acide le nom d'*acide œnanthylique*, et je propose pour l'acide découvert par MM. Liebig et Pelouze, le nom d'*acide œnanthyleux;* ce qui s'accorde parfaitement avec les nombres déduits de l'analyse de l'acide.

OEnanthylate d'argent. — Ce sel peut être aisément préparé par une solution neutre de cet acide dans l'ammoniaque par le nitrate d'argent. Il se précipite sous la forme de flocons blancs et pulvérulents.

0,7165 de ce sel donnent, par la calcination, 0.3265 d'argent métallique, ce qui représente 0.3509 d'oxyde d'argent. Ce qui donne, pour 100 parties,

Oxyde d'argent.	48,89
Acide œnanthylique . .	51.11
	100,00

Ce qui conduit au nombre 1517 pour le poids atomique de l'acide anhydre. Le calcul donne 1532.33.

En brûlant, au moyen de l'oxyde de cuivre, le sel séché dans le vide au-dessus de l'acide sulfurique, on obtient des nombres qui conduisent à la formule

$$C^{14} H^{13} O^{3}, AgO.$$

OEnanthylate de baryte. — Ce sel s'obtient en faisant bouillir du carbonate de baryte avec une solution alcoolique d'acide œnanthylique, jusqu'à ce que la liqueur ne possède plus de réaction acide.

La solution doit être filtrée pendant qu'elle est chaude; par le refroidissement, ce sel se dépose sous forme d'écailles nacrées très-brillantes, qui sont insolubles dans l'éther, mais solubles dans l'alcool et dans l'eau. Ce sel renferme, sur 100 parties,

(1) C = 75, H = 12,5.

Oxyde de barium. . . .	38.23
Acide œnanthylique. .	61,77
	100,00

La formule qui s'accorde le mieux avec l'analyse est la suivante :

$$C^{14} H^{13} O^{3}, BaO.$$

Il n'est pas impossible que l'acide œnanthylique ne soit identique avec l'acide azoleique de M. Laurent; mais il ne l'a pas obtenu à un etat très-pur.

Lorsqu'on soumet à la distillation l'œnanthylate d'argent, il passe dans le recipient une huile et un corps solide qui ne possèdent ni l'un ni l'autre de propriétés acides. Le corps solide est soluble dans l'alcool chaud, et cristallise par le refroidissement sous la forme de belles aiguilles.

L'acide subérique est un autre produit de l'oxydation de l'huile de ricin; il reste dans la cornue mêlé avec de l'acide oxalique; il peut être purifié par des cristallisations reitérées et en le faisant bouillir avec de l'acide nitrique.

Soumis à l'analyse, il m'a donné des nombres qui conduisent à la formule

$$C^{8} H^{7} O^{4} \text{ ou } C^{8} H^{6} O^{3} + HO.$$

Les autres acides trouvés par M. Laurent ne paraissent pas avoir pris naissance dans cette reaction, mais je ne pourrais cependant affirmer le fait d'une manière positive. On peut cependant obtenir une petite quantité d'acide lipique par l'evaporation des eaux-mères de l'acide suberique.

(*Ann. de Chimie et de Physique*, septembre.)

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

95. *Emploi du charbon pour le filtrage eaux ;* par M. A. Gaultier de Claubry, rapporteur au nom d'une commission.

De tous les faits rapportés (dit M. le rapporteur), nous pouvons conclure :

1° Que le charbon, considéré comme matière filtrante, n'exerce pas une action qui doive le faire preferer au sable;

2° Que, sous le point de vue de la désinfection, il n'agit qu'en absorbant les produits de l'altération des substances organiques que l'eau contient en dissolution;

3° Que la proportion de ce corps nécessaire pour exercer une action utile est de beaucoup supérieure à celle que l'on emploie dans les établissements de dépuration;

4° Que l'eau complétement dépurée par le charbon reprend, après un certain temps, ses propriétés premières par la décomposition des substances organiques qui s'y trouvent en dissolution;

5° Que le noir d'os jouit, à un plus haut degré que le charbon végétal, de la propriété desinfectante, mais que la difference n'est pas en rapport avec la valeur de ces deux produits;

6° Que le prix du charbon nécessaire pour dépurer complétement, mais seulement d'une manière momentanee, la masse d'eau necessaire à l'alimentation des fontaines publiques, surpasserait de beaucoup les avantages que l'on pourrait en attendre;

7° Enfin, il résulte des observations faites sur le filtre de Belleville, travaillant sous la pression de 100 mètres d'eau, que le tassement qu'éprouve le charbon dans les appareils à grande pression diminue bientôt la quantité de liquide filtrée, au point même de l'anéantir presque complètement en quelques heures.

(*Ann. d'Hygiène pupblique, octobre*).

96. *Observation d'un cas d'empoisonnement par l'opium, traité avec succès par l'électricité ;* par le docteur Erichsne.

Le sujet de cette observation est une femme qui avait pris environ une once de laudanum pour mettre un terme à son existence. Après qu'on l'eut fait vomir, on la transporta à l'hôpital, où elle offrit, quatre heures après qu'elle eut pris le poison, une insensibilite complète, qui persista malgré l'administration de fortes doses de café, mêlé avec de l'eau de-vie et de l'ammoniaqne, et malgré les affusions faites sur la face et toute la tête, avec de l'eau froide. Au bout de trois nouvelles heures, l'état de torpeur de la malade semblait plutôt augmenter que diminuer; on eut recours à l'emploi d'un fort appareil électo-magnétique, dont un des poles fut place sur le front de la malade et l'autre sur la partie superieure de l'epine dorsale. Au bout de quelques chocs, elle commença à sortir de son état de coma, voulut eloigner les fils conducteurs, et, après une demi-heure, avait complétement recouvre la connaissance, et ne la perdit plus. La malade éprouva ensuite divers accidents du côté du système nerveux ou de l'appareil digestif, suites ordinaires de l'empoisonnement par l'opium, mais elle guerit completement, et sortit de l'hôpital bien portante.

Suivant l'auteur, un autre cas, tout à fait semplable, a été observe tout recemment dans le même hôpital (du College de l'Universite), et où l'emploi du même moyen, après qu'on avait essaye toutes les autres medications, fut suivi du même succès.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 42.)

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

97. *Recherches sur le développement des os;* par M. Flourens.

Formation du cal.

La formation du cal n'est qu'un cas particulier du cas général de la formation des os. Avoir donné le mécanisme de la formation des os, comme je l'ai fait dans mon précédent Mémoire (1), c'est donc avoir donné aussi, et par cela même, le mécanisme de la formation du cal.

Le cal est une portion d'os; et cette portion d'os se forme comme l'os entier. C'est le périoste qui produit le cal, comme il produit l'os.

Or, on a déjà vu comment le périoste produit l'os; il ne reste donc plus qu'à faire voir comment il produit le cal.

Trois opinions principales ont successivement régné sur la formation du cal. La première est celle qui a précédé Duhamel; la seconde est celle de Duhamel lui-même; la troisième est celle Haller.

Voici comment Duhamel rend compte de l'opinion qui régnait avant lui.

On se contente d'admettre ordinairement, dit-il, que cette grosseur osseuse que l'on nomme le cal, et qui réunit les os fracturés, est formée par un épanchement de suc osseux qu'on suppose qui transsude ou de l'os même, ou des parties voisines, et l'on croit que ce suc osseux soude l'un à l'autre les deux douts d'os rompus, à peu près comme les plombiers soudent avec de l'étain deux bouts de tuyau (2).

D'autres, ajoute-t-il, ont cru qu'outre cet épanchement de suc osseux, les extrémités des fibres osseuses rompues s'allongeaient et se joignaient les unes aux autres à peu près comme le font les parties molles (3).

D'après ces deux opinions, ou plutôt d'après cette opinion, car il est aisé de voir que les deux n'en font guère qu'une, la réunion des bouts d'os rompus se faisait donc, soit par le simple épanchement d'un suc osseux, soit par cet épanchement combiné avec l'allongement des fibres osseuses. Telles étaient les idées reçues, avant Duhamel, sur la formation du cal.

Duhamel ne tarda pas à s'en faire d'autres.

Dès ses premières expériences, tantôt fracturant les os, tantôt se bornant à pratiquer sur ces os de simples trous, il vit toujours le périoste ou s'ossifier autour des bouts d'os fracturés pour les unir par une sorte de *virole osseuse*, ou pénétrer entre ces bouts pour les unir par une sorte de *continuité osseuse* (1), ou s'enfoncer enfin dans les trous des os pour remplir ces trous,

Et voici les conclusions qu'il tira de ces faits.

Ces expériences, dit-il, lèvent, je crois, les principales difficultés qu'on avait sur la réunion des fractures et sur la formation des cicatrices qui opèrent la guérison des plaies des os; car si l'on avait peine à concevoir que des fibres dures et raides, comme le sont celles des os, fussent capables de s'allonger, de s'étendre et de se souder les unes aux autres, on a lieu d'être satisfait quand on voit que ce sont les fibres molles, ductiles et expansibles du périoste qui se gonflent, qui se prêtent, qui s'allongent, qui se soudent (2).

On ne sera point non plus en peine, continue-t-il, de savoir d'où transsude le suc osseux qu'on croyait nécessaire pour former le cal, puisqu'on voit que c'est le périoste qui, après avoir rempli les plaies des os, ou s'être épaissi autour de leurs fractures, prend ensuite la consistance de cartilage, et acquiert enfin la dureté des os (3).

Il n'y a donc, selon Duhamel, ni *suc osseux épanché*, ni *allongement des fibres osseuses :* le cal n'est que l'*endurcissement du périoste* (4).

A peine cette opinion de Duhamel fut-elle connue, que Haller se hâta de la combattre; et, s'il est permis de le dire, il se hâta trop.

Alexandre Macdonald l'a déjà remarqué : on voix trop, dans Haller, le parti pris de combattre les idees de Duhamel. « Aussi, ajoute Alexandre Macdonald, paraît-il beaucoup plus occupé d'accommoder les expériences à son opinion, que son opinion aux expériences (5).

La plupart des objections de Haller ne portent pas plus contre l'opinion de Duhamel, quelles ne porteraient contre toute autre opinion quelconque.

Par exemple, après avoir dit que « l'état primor-« dial de l'os est celui d'une glu (6), et que la for-« mation des os est due à la coagulation et à l'en-

---

(1) Voir le précédent cahier, page 226.

(2) Observations sur la réunion des fractures des os, premier mémoire, p. 99.—Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1741.

(3) Ibid., p. 99.

(1) Voyez ce que j'ai déjà dit là-dessus dans mon précédent mémoire : Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, séance du 4 octobre 1841, et Gaz. méd. du 16 octobre.

(2) Observations sur la réunion des fractures des os, premier mémoire, p. 107.—Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1741.

(3) Ibid., p. 107.

(4) Ce sont ses propres expressions. Ibid., p. 107.

(5) Si opinionem præclari hujus physiologi de ossium formatione animo contemplemur, non possumus non existimare illum præjudicatam opinionem contra sententiam Hamelii accepisse, ideoque experimenta ad opinionem, potiùs quam opinionem ad experimenta animo accommodasse. Alexandre Macdonald : Disputatio inauguralis de necrosi ac callo, p. 98.

(6) Voyez dans les Mémoires sur les os, recueillis par Fougeroux, le mémoire de Haller et de Dethleef sur la formation des os, p. 181.

« durcissement d'un suc (1) », Haller fait à Duhamel cette objection :

Je ne comprends pas, lui dit-il, que la dure-mère ait pu former un os aussi composé que l'est l'os pierreux, ni que la membrane tendre et délicate de la coquille, ou des canaux demi-circulaires, ait pu servir de moule à l'os pierreux, ou lui imprimer ses spirales et ses contours (2).

Duhamel aurait pu lui demander s'il comprenait mieux, lui Haller, comment ces *canaux*, ces *contours*, ces *spirales*, avaient pu se former par l'endurcissement d'une *glu*, ou la coagulation d'un *suc*.

Voici une autre objection de Haller, laquelle accuse peut-être plus de précipitation encore.

Les couches osseuses, dit-il, qui se forment dans un animal nourri de garance, sont rouges, et le périoste reste blanc; donc les couches osseuses ne sont point formées par le périoste (3).

Fourgeroux lui répond très-bien : « En faisant un raisonnement tout pareil, je dirai : La grande apophyse du sternum des oiseaux ne prend aucune teinte de rouge tant qu'elle est cartilagineuse, quoique ces animaux usent dans leurs aliments de beaucoup de garance; l'apophyse du sternum des oiseaux, lorsqu'elle est convertie en os, prend très-bien, au contraire, la teinture de la garance; donc l'apophyse du sternum des oiseaux n'est par formée par le cartilage qui en occupait la place (4). »

En effet, le cartilage ne rougit pas plus (5) que le périoste; et si l'argument valait contre le périoste, il vaudrait contre le cartilage. Or le cartilage se transforme en os; Haller n'en doutait pas. La *non-coloration* ne prouve donc pas plus contre le périoste, qu'elle ne prouve contre le cartilage.

Mais, venons à des propositions plus précises, à des assertions plus raisonnées, plus réfléchies, de Haller :

Selon Haller, « le cal de l'os est formé par un suc gélatineux qui suinte des extrémités fracturées de l'os, surtout de la moelle, et qui s'épanche autour de la fracture (6). »

Il affirme, d'un autre côté, que « le périoste n'a aucune part à la réunion des os, qu'il ne fait pas partie du cal, qu'il n'est pas attaché au cal (7). »

Telles sont les deux propositions fondamentales de Haller.

Par la première, il établit sa théorie. Par la seconde, il renverse la théorie de Duhamel.

Chacune de ces propositions mérite donc un examen sérieux.

(1) Ibid., p. 148.
(2) Ibid., p. 149.
(3) Ibid., premier mémoire de Fougeroux, p. 24.
(4) Ibid., p. 24.
(5) Le cartilage ne rougit qu'en recevant le sel terreux, le phosphate calcaire, c'est-à-dire, qu'en s'ossifiant. Voyez mon premier Mémoire concernant l'action de la garance sur les os, Comptes-rendus des séances de l'Académie des Sciences, t. X, année 1840.
(6) Mémoires sur les os, recueillis par Fougeroux; Mémoire de Haller, p. 174.
(7) Ibid., p. 175.

Haller veut que la formation de l'os, que la formation du cal ne soient que l'endurcissement d'un *suc gélatineux* (1). C'est là sa théorie, et c'est aussi, à de très-légères modifications près, celle de presque tous les physiologistes qui sont venus depuis (2).

On peut en juger par ces paroles de Béclard :

Dans la réunion d'une fracture, il y a successivement, dit Béclard, agglutination des fragments par un liquide organisable, dont le sang fournit les matériaux; ossification de ce liquide infiltré tout autour de la fracture, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; enfin, réunion vasculaire et osseuse entre les fragments eux-mêmes (3).

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que ce *liquide organisable* (4) qui successivement s'épanche, s'ossifie et réunit les fragments osseux, n'est que le *suc gélatineux* de Haller. La théorie la plus récente, la théorie actuelle, n'est donc au fond, comme je viens de le dire, que celle de Haller.

Or on a vu, par mon précédent mémoire (5), ce qu'il faut penser de cette théorie. Dans les expériences faites à la manière de celles de Troja, il n'y a pas de *suc épanché* entre le périoste et l'os, et cependant, entre le périoste et l'os, un nouvel os se forme; la formation de l'os n'est donc pas le simple endurcissement, la simple ossification d'un *suc*.

Je passe à la seconde proposition de Haller. L'examen de cette proposition fera l'objet principal de ce mémoire.

Haller dit que « le périoste n'a aucune part à la réunion des os, qu'il ne fait pas partie du cal, qu'il n'est pas attaché au cal. »

Voilà ce que dit Haller. Mais les pièces, marquées des nos 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 et 24, que je mets sous les yeux de l'Académie, prouvent toutes le contraire.

Les deux pièces nos 16 et 17 sont les deux moitiés d'un radius de chien (6). L'os a été scié en long. L'animal avait été opéré le 27 juin : quinze jours après l'opération, il fut tué.

Or, la matière qui forme le cal, la matière qui réunit les bouts rompus de l'os, est déjà cartilagi-

(1) « Ce suc, dit-il, s'épaissit, devient une gelée tremblante, passe par d'autres degrés de consistance, et devient à la fin cartilagineux. » Ibid., Mémoire de Haller, p. 174.
(2) Notre célèbre confrère, M. Larrey, a émis une opinion nouvelle. « Selon lui, la soudure et la réparation des os ne se fait et ne peut se faire que par les vaisseaux propres des pièces osseuses lésées. » Voyez son grand ouvrage intitulé : Clinique chirurgicale, t. III, p. 470.
(3) Béclard, Anatomie générale, p. 521.
(4) Ou, comme on s'exprime plus communément aujourd'hui, lymphe organisable. Duhamel avait aussi vu cette lymphe sanguinolente (c'est l'expression dont il se sert); mais il la compare très-judicieusement « aux épanchements qui se font dans toutes les occasions où il arrive rupture de vaisseaux. » Mémoires sur les os, recueillis par Fougeroux; Second mémoire de Fougeroux, p. 123.
(5) Voyez Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, séance du 4 octobre 1841, et Gaz. méd. du 16 octobre.
(6) Ce chien, ainsi que les deux qui suivent, étaient âgés d'environ six semaines au moment de l'opération.

neuse; et cette matière cartilagineuse tient de la manière la plus évidente au périoste.

Et quand je dis *tient*, je m'exprime mal. Si elle ne faisait que *tenir*, si elle ne faisait qu'*adhérer*, on pourrait conserver du doute. Mais elle *se continue* avec le périoste; mais, en plus d'un point, elle est encore le périoste même; et le doute n'est plus possible.

Les pièces n° 18 et 19 sont les deux moitiés du radius d'un autre chien. L'os est toujours scié en long. L'animal n'a survecu à l'operation, c'est-à-dire, à la fracture de l'os, que douze jours.

Aussi le cal n'est-il pas encore complétement cartilagineux. C'est le périoste même qui pénètre entre les bouts d'os rompus, et qui les unit l'un à l'autre.

Il faut en dire autant des pièces n°s 20 et 21. Ces deux pièces sont les deux moities d'un cubitus de chien.

L'animal n'a également survécu que douze jours à l'opération, et la matière du cal n'est également qu'à demi-cartilagineuse. Ce n'est encore qu'un fibro cartilage; mais ce fibro-cartilage se continue de la maniere la plus complète, d'une part avec le périoste, et de l'autre avec les bouts d'os rompus.

Les deux pièces n° 22 et 23 sont les deux moitiés d'un radius de pigeon.

L'animal avait été nourri avec de la garance, et l'os est rouge.

Ces deux pièces sont une preuve nouvelle, et plus décisive encore, s'il est possible, de ce que je viens de dire.

L'animal était adulte, et il a survécu à la fracture de l'os à peu près un mois.

Or, sur les deux moitiés de cet os, scié en long, on voit, à l'endroit de la fracture, le perioste pénétrer entre les bouts d'os rompus, s'y transformer en fibro-cartilage, en cartilage; et, au milieu de ce cartilage qui tient au périoste, au milieu de ce périoste qui tient aux bouts d'os rompus, on voit un noyau osseux, lequel est rouge ainsi que l'os, parce que, comme je viens de le dire, l'animal avait été soumis au regime de la garance.

Enfin la pièce n° 24 est l'humérus d'un pigeon qui, comme le précédent, a survecu à la fracture de l'os à peu près un mois.

Les bouts rompus de l'os sont unis par un fibro-cartilage dejà fort epais; et, au milieu de ce fibro-cartilage, se voit un noyau osseux, lequel est rouge ainsi que l'os, parce que l'animal avait eté soumis, comme le précédent, au régime de la garance.

Je pourrais présenter encore un grand nombre de pièces, mais elles ne feraient toutes que prouver la même chose. On verrait toujours le périoste pénétrer entre les bouts d'os fractures pour y former le fibro-cartilage qui les unit, et ce fibro-cartilage s'ossifier pour former le cal. Le cal est donc formé par le périoste.

Haller et ses partisans ont beau soutenir le contraire. Ici tout dépend du fait. Et si je ne me trompe point, si ces pièces que je presente à l'Academie, je les ai bien vues, le périoste produit le fibro-cartilage, et le fibro-cartilage produit le cal.

Au reste, ce fait capital, ce fait qui décide tout, ce fait de l'adhérence du périoste au cal, je ne suis pas le seul, tant s'en faut, qui l'ai revu depuis Duhamel.

Fougeroux dit : « Lorsque je disséquais le périoste, en commençant par l'extrémité de l'os, et en conduisant la dissection vers la tumeur, j'ai toujours été obligé d'emporter avec le périoste la substance en apparence mucilagineuse, ou devenue cartilagineuse; bien plus, j'ai toujours trouvé des lames du périoste qui se perdaient dans le cal en partie ossifié (1). »

On pourrait craindre, à la vérité, que Fougeroux n'eût l'esprit trop prévenu pour Duhamel. Il observait trop près de lui, pour ne pas voir un peu par ses yeux.

Mais Troja, mais Macdonald, ne partageaient pas assurément la prévention de Fougeroux pour Duhamel. Ils soutiennent tous deux l'opinion de Haller, que le cal n'est dû qu'à l'endurcissement d'une matière gélatineuse. Et cependant ils conviennent tous deux, car ils sont aussi consciencieux qu'habiles, qu'ils ont vu souvent le périoste tenir à cette matière.

Troja avoue qu'il n'a pas toujours réussi, quelques précautions qu'il ait prises, à séparer sans déchirure la matière cartilagineuse du périoste (2). Il dit que cette matière paraît naître des lames du périoste (3); que, si l'on enlève le périoste, elle suit (4), et que ces deux choses sont si unies, qu'elles semblent n'en faire qu'une (5).

Macdonald dit aussi qu'il a vu le perioste tenir à la matière cartilagineuse, et y adhérer à tel point, qu'on ne pouvait l'enlever sans enlever une partie de cette matière (6).

Voilà ce que disent Troja et Macdonald; et je ne ferai sur ce qu'ils disent qu'une remarque: c'est que vingt cas où le périoste aura paru ne pas se continuer avec la matière du cal ne prouvent pas, car la *discontinuité* peut être du fait de l'anatomiste; et qu'un seul cas où l'on aura vu le périoste tenir evidemment à la matière du cal prouve, car la *continuité* ne saurait être du fait de l'anatomiste.

Je termine ce Mémoire en rappelant les points principaux de la théorie de Duhamel.

---

(1) Mémoires sur les os, recueillis par Fougeroux; second mémoire de Fougeroux, p. 120.

(2) Fere semper, si excepero quando nimis sollicite procedebam, periostum, sive internam periostii laminam, ab interna tumoris superficie secernere potui. (De novorum ossium, in integris aut maximis, ob morbos, deperditionibus, regeneratione, p. 191.)

(3) Hæc relata crusta, primis diebus,... ex periostii laminis oriri videbatur. Ibid., p. 76.

(4) ... Si profundabatur ad os usque, et ex ossis superficie sublevationis initium ducebatur, periostum comitabatur. Ibid. p. 49.

(5) ... Unum et altera, ambo simul unita, sic videbantur continuata ut affirmare non dubitasses solum fuisse periostum eo modo tumefactum. Ibid., p. 49.

(6) Materia ipsa gelatinosa renato periosteo adeo adherebat, ut maximam ejus partem, uno cum hoc detraxerim. Alexandre Macdonald, Disputatio inauguralis de necrosi ac callo, p. 55. — Ab initio periosteum arcte cum effuso humore gelatinoso conjunctum observavimus, ità ut haud raro difficillime a se invicem separaretur. Ibid., p. 68.

Duhamel dit que, dans celles de ses expériences où l'os avait été percé par un trou, il a vu le périoste se porter dans ce trou et le remplir (1). Je montre, dans la pièce n° 13, d'un côté le trou de l'os, et, de l'autre, le prolongement du périoste qui se portait dans ce trou et le remplissait.

Duhamel dit qu'il a vu des lames en partie membraneuses et en partie osseuses (2). Je montre, dans la pièce n° 12, une lame qui est os par un bout et périoste par l'autre.

Duhamel dit qu'il a vu le périoste fournir, par ses lames internes, les lames de l'os (3). Je montre, dans les pièces n°s 7 et 8, la couche cartilagineuse, premier germe du nouvel os, tenant à la lame interne du périoste.

Enfin, Duhamel dit qu'il a constamment vu le périoste tenir au cal (4), et je montre, dans les pièces n°s 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23, les preuves les plus complètes de cette assertion.

La théorie de Duhamel, théorie qui ne voit, dans l'ossification, que la transformation du périoste en os, me paraît donc prouvée par toutes mes expériences.

Je n'ai parlé, dans ces deux Mémoires, que de la formation et de la reproduction des os longs. Je traiterai, dans un prochain Mémoire, de la reproduction des os plats, et particulièrement de la reproduction des os du crâne.

(*Gazette méd. de Paris*, n° 45.)

---

(1) « Je pris, dit M. Duhamel, deux pigeonneaux, un petit chien et un jeune agneau. Je piquai assez profondément le gros os de la jambe de ces animaux. Un des pigeonneaux fut tué trois jours après qu'on lui eut fait les petites plaies dont je viens de parler. L'autre pigeonneau ne fut tué que huit jours après le commencement de l'expérience. On laissa le petit chien vivre quinze jours, et l'agneau un mois.

« Dans l'examen que je fis de l'os du pigeonneau qui avait été tué le premier, je vis que le périoste s'épaississait vis-à-vis le petit trou qu'on avait fait à l'os, et ce trou était rempli par un bouchon que formait l'épaississement du périoste. Je disséquai cette membrane... et, sans la moindre difficulté, le petit bouchon sortit du trou et resta attaché au périoste, dont on voyait clairement qu'il faisait partie.

« En disséquant le second pigeonneau, je trouvai le petit mamelon beaucoup plus adhérent à l'os.

« L'adhérence était si considérable dans le petit chien, qu'il ne me fut pas possible de le détacher de l'os... ; enfin, l'union était si parfaite à l'os de l'agneau, qu'on avait beaucoup de peine à reconnaître l'endroit de la piqûre. » (Observations sur la réunion des fractures des os ; premier mémoire, p. 106.— Mém. de l'Acad. des Sciences, année 1741.)

(2) « Je m'assurai qu'il y avait plusieurs lames qui étaient partie périoste et partie osseuse. » (Quatrième mémoire sur les os, p. 100.— Mém. de l'Acad. des Sciences, année 1743.)

(3) « J'ai fait voir que les lames intérieures du périoste s'ossifient, et qu'elles augmentent la grosseur des os. » Cinquième mémoire sur les os, p. 121. — Mém. de l'Acad. des Sciences, année 1743.)

(4) Voyez ci-dessus tout ce que j'ai rapporté de Duhamel, à propos du cal, p. 756.

98. *Nouveaux aperçus sur la physiologie de la vision et sur quelques phénomènes remarquables de vision binoculaire observés* par CHARLES WHEATSTONE, membre de la Société royale et professeur de physique au collége royal de Londres. Traduit de l'anglais par le docteur P.-F. PEYRON, professeur de physiologie de la ville de Marseille.

§ 1. — Lorsqu'un objet est vu à une distance assez grande pour que les axes optiques des deux yeux soient sensiblement parallèles, les projections perspectives de cet objet, vues par chaque œil séparément, sont semblables, et son apparence s'offre précisément la même aux deux yeux ou à un seul œil. Dans ce cas il y n'a aucune différence entre l'apparence visuelle d'un objet en relief et sa projection perspective sur une surface plane ; c'est pour cela que les peintures qui représentent des objets éloignés, lorsqu'on évite avec soin les circonstances capables d'empêcher ou de troubler l'illusion, peuvent rendre leur ressemblance si frappante qu'on pourrait s'y tromper : le Diorama en donne un exemple. Mais cette similitude n'existe plus lorsqu'on place l'objet assez près des yeux pour qu'on ne puisse le voir sans qu'il y ait convergence des axes optiques; dans ces conditions une projection perspective différente de l'objet est perçue par chaque œil, et ces perspectives deviennent plus dissemblables à mesure que la convergence des axes optiques devient plus grande. On vérifie facilement ce fait en plançant à une petite distance devant les yeux une figure à trois dimensions, celle d'un cube, par exemple, et en la regardant la tête immobile, avec chacun des yeux successivement, l'autre œil étant fermé. La fig. 19, planche II, représente les deux projections perspectives d'un cube : *b* est celle qui correspond à l'œil droit, et *a*, celle qui se présente à l'œil gauche. La figure est supposée être immédiatement en face et à sept pouces environ du spectateur.

Les apparences que cette simple expérience rend si sensibles peuvent être facilement déduites des lois de la perspective, telles qu'elles sont établies ; car le même objet en relief, suivant qu'il est aperçu par l'un ou l'autre œil, est vu de deux points distants l'un de l'autre d'une étendue égale à la ligne qui joint les deux yeux. Cette observation paraît avoir échappé à l'attention de tous les savants et de tous les artistes qui se sont occupés de la vision et de la perspective. Cette inattention à un phénomène qui nous conduira aux importantes et curieuses conséquences qui sont l'objet de ce travail, ne peut être attribuée qu'à ce que les résultats étaient contraires à un principe généralement consacré par les auteurs qui ont écrit sur l'optique. Ce principe est que les objets ne peuvent être vus simples que lorsque leurs images tombent sur des points correspondants des deux rétines, hypothèse qui sera ci-après discutée. Si quelque doute venait à s'élever dans l'esprit des observateurs, il serait bientôt repoussé par la conviction que, si les images présentées à chaque œil sont dissemblables dans certaines circonstances, la différence en est si petite qu'on n'en doit pas tenir compte.

On voit maintenant avec évidence pourquoi il est impossible à un artiste de donner une représentation fidèle d'un objet solide rapproché; c'est-à-dire de produire une image qui ne puisse être distinguée par l'esprit de l'objet lui-même. Si nous regardons successivement avec les deux yeux la peinture et l'objet solide qu'elle représente, les images projetées sur la rétine sont semblables dans le premier cas, dissemblables dans le second; il y a donc une différence essentielle entre les impressions de la partie sentante de l'œil dans ces deux cas, et par suite entre les perceptions reçues : une peinture et un objet solide ne peuvent être confondus.

Après avoir compulsé les ouvrages des auteurs dans lesquels on devrait s'attendre à rencontrer quelques remarques relatives à ce sujet, je n'en ai trouvé que dans un seul, le Traité de la Peinture de Léonard de Vinci. Ce peintre, grand artiste et ingénieux observateur, fait remarquer qu'un tableau, quoique conduit avec le plus grand art et porté au fini le plus parfait, sous le rapport de ses contours, de ses clairs, de ses ombres et de ses couleurs, ne peut jamais montrer un relief égal à celui des objets naturels, à moins que ceux-ci ne soient vus à distance et avec un seul œil. « Car, » dit-il, « si un objet C (Pl. I, fig. 2) est vu par un seul œil placé en A, tous les objets situés dans l'espace qui est derrière lui seront invisibles comme s'ils étaient enveloppés par l'ombre E, C, F, projetée par une chandelle située dans le même point A. Mais lorsque l'autre œil placé en B est ouvert, une partie de ces objets devient visible pour lui; car il y a de caché pour les deux yeux que ceux de ces objets renfermés pour ainsi dire dans la double ombre C D, projetée par les deux lumières situées en A et B, et *terminée* en D, l'espace angulaire E. D. G. au delà de D étant toujours visible pour les deux yeux. L'espace caché C D est d'autant plus court que l'objet C est plus petit et plus près des yeux. Ainsi l'objet C, vu avec les deux yeux, devient pour ainsi dire transparent, suivant la définition usuelle des choses transparentes, c'est-à-dire, qu'il ne cache rien derrière lui. Mais cela ne peut arriver lorsqu'un objet dont la largeur est plus grande que celle de la pupille est vu par un seul œil. La vérité de cette observation est en conséquence évidente, parce qu'une figure peinte intercepte tout l'espace qui est situé derrière le lieu apparent de l'objet, de manière à exclure les yeux de la vue de chaque partie de l'espace imaginaire situé derrière lui. »

Si Léonard de Vinci eût pris, au lieu d'une sphère, une figure moins simple, pour l'objet de son exploration, un cube, par exemple, il n'eût pas seulement observé que l'objet cachait pour chaque œil une partie différente du champ plus éloigné de la vision, mais peut-être aussi son attention eût-elle été frappée de ce fait que l'objet lui-même présente une apparence différente à chaque œil. Aucun écrivain après lui n'a rempli, que je sache, cette lacune, et on doit regarder comme un fait nouveau, dans la théorie de la vision, que, lorsqu'un seul objet est vu, si les axes optiques convergent vers lui, la projection des images sur les deux rétines est évidemment dissemblable.

§ II. — Une fois bien établi que l'esprit perçoit un objet de trois dimensions au moyen de deux images projetées par lui sur les deux rétines, la question suivante se présente : Quel serait l'effet visuel produit si, au lieu de l'objet lui-même, on présentait simultanément à chaque œil ses projections tracées sur une surface plane, de la manière qu'elles se montrent à lui? Il est nécessaire, pour poursuivre cette recherche, de trouver le moyen de faire que les deux images, qui doivent nécessairement occuper les places différentes, tombent sur des parties semblables des deux rétines. Dans les circonstances ordinaires de la vision, l'objet est vu au point de concours des axes optiques, et les images sont en conséquence projetées sur des parties semblables de deux rétines; mais il est évident aussi que deux objets exactement semblables peuvent être disposés de manière à tomber sur des parties semblables des deux rétines, s'ils sont placés dans la direction de chaque axe optique, à des distances égales, avant ou après leur intersection.

La fig. 4 représente la situation habituelle d'un objet au point d'intersection des axes optiques; dans la fig. 5 les mêmes objets sont placés dans la direction des axes optiques avant leur intersection, et après elle dans la fig 6. Dans ces trois cas, l'esprit ne perçoit qu'un seul objet, et le rapporte au lieu où se rencontrent les axes optiques. On observera que lorsque les yeux convergent au delà des objets, comme dans la fig. 5, l'objet du côté droit est vu par l'œil droit, et celui du côté gauche par l'œil gauche; tandis que, lorsque la convergence des axes a lieu dans un point plus rapproche de l'œil que les objets, celui du côté droit est vu par l'œil gauche et réciproquement. Comme ces deux modes de vision sont forcés et non naturels, les yeux non habitués à de telles épreuves exigent quelques secours artificiels. S'ils doivent converger au delà des objets, on doit employer deux tubes, fig. 8, disposés de manière à ce qu'on puisse les incliner l'un vers l'autre sous différents angles, de façon à correspondre avec les différentes convergences des axes optiques. Si les yeux doivent converger à une distance plus rapprochée que celle où sont situés les objets, la boîte fig. 9 peut être convenablement employée; les objets *a a'* sont éloignés l'un de l'autre de manière à pouvoir être amenés plus près des yeux si cela est nécessaire, et les axes optiques dirigés vers eux se croiseront en *c*, l'ouverture *b b'* permettant aux rayons visuels du côté droit de l'objet d'atteindre l'œil gauche, et à ceux du côté gauche de tomber sur l'œil droit. La coïncidence des images peut être facilitée en plaçant la pointe d'une aiguille en *c*, point d'intersection des axes optiques, et en fixant les yeux sur cette pointe. Dans ces deux appareils, fig. 8 et 9, les images latérales sont cachées à la vue, et on a beaucoup moins de difficulté à réunir les images que lorsqu'on se sert de l'œil nu.

Maintenant, au lieu d'exposer à la vue, par l'un ou l'autre des deux modes énoncés, deux objets exactement semblables, si nous disposons de la même manière deux projections perspectives d'un même objet solide, la perception sera encore simple; mais au lieu de la représentation d'une surface plane, apparence des deux dessins vus séparement

par l'œil dirigé sur eux, l'observateur percevra une figure à trois dimensions, exacte contre-partie de l'objet sur lequel les dessins auront été pris. L'exposition de quelques-uns des cas les plus simples éclairera ce sujet.

Si deux lignes verticales rapprochées l'une de l'autre, mais à des distances différentes du spectateur, sont fixées d'abord avec un œil et ensuite avec l'autre, la distance qui les sépare paraîtra différente lorsqu'on les rapportera au même plan ; si la ligne du côté gauche est plus près des yeux, la distance aperçue sera plus petite par l'œil gauche que pour l'œil droit. La fig. 14 rendra cela évident : *a a'* sont les sections verticales des deux lignes, et *b b'* le plan auquel leur projection est rapportée. Maintenant, si les deux lignes sont dessinées sur deux petites cartes aux distances respectives auquelles elles apparaissent à chaque œil, et qu'elles soient ensuite examinées par les deux moyens indiqués, l'observateur cessera de voir deux lignes sur une surface plane, comme le montre chaque carte vue séparément ; mais il verra deux lignes, dont l'une est plus près de lui que l'autre, précisément comme les premières lignes verticales elles-mêmes. De même si un fil droit est tenu devant les yeux, dans une telle position qu'une de ses extrémités soit plus près que l'autre de l'observateur, chaque œil séparement le rapportant à un plan perpendiculaire à l'axe commun, verra une ligne différemment inclinée : ensuite, si des lignes ayant les mêmes inclinaisons apparentes sont dessinées sur deux petites cartes, et sont présentées aux yeux dans la même direction déjà déterminée, la position réelle de la ligne première sera correctement perçue par l'esprit.

On représentera de la même manière à l'esprit, et avec la plus grande exactitude, les figures les plus complexes, à trois dimensions, en offrant leurs deux projections perspectives aux deux rétines. Mais je dois renvoyer ces expériences plus complètes jusqu'au moment où j'aurai décrit un instrument qui permettra à toute personne d'observer ces phénomènes avec la plus grande facilité et la plus grande certitude.

Dans les instruments déjà décrits, les axes optiques convergent en un point placé dans un plan antérieur ou postérieur à celui dans lequel sont situés les objets qui doivent être vus. La disposition particulière de l'œil qui nous permet de voir nettement à des distances différentes, et qui suit habituellement chaque différent degré de convergence des axes optiques, ne s'adapte pas immédiatement d'elle-même à cette condition nouvelle et inusitée ; et, pour des personnes non accoutumées à des expériences de cette espèce, les images ne s'adapteront pas facilement et nous paraîtront obscures et confuses. Outre cela, aucun objet ne peut être vu, dans chacun de ces deux modes, lorsque la grandeur des figures dépasse la distance des deux points des axes optiques dans lesquels leurs centres sont placés.

Ces inconvénients disparaissent au moyen de l'instrument que je vais décrire : les deux dessins (plutôt leurs images réfléchies) sont placés dans son intérieur, au vrai point de concours des axes optiques ; l'adaptation focale de l'œil conserve son accord usuel, l'apparence des images latérales est entièrement évitée, et un large champ de vision est obtenu pour chaque œil. Ayant à revenir souvent sur cet appareil, il est convenable que je lui donne un nom spécial ; et je propose de l'appeler *stéréoscope* pour indiquer sa propriété de représenter des figures solides.

§ III. — Le stéréoscope est représenté dans les figures 1 et 3, la première étant une vue de face, et la seconde un plan de l'instrument : A A' sont deux miroirs à surface plane d'environ quatre pouces carrés, maintenus dans des châssis, et ajustés de manière à ce que leurs deux faces postérieures forment entre elles un angle de 90°. Ces miroirs sont fixés par leurs bords communs contre un support vertical B, ou, ce qui était moins facile à représenter dans le dessin, contre la ligne moyenne d'une planchette verticale taillée de manière à permettre aux yeux de se placer devant les deux miroirs. C C' sont deux planchettes qu'on peut faire glisser, sur lesquelles sont fixées les planchettes verticales D D', qui peuvent être ainsi écartées à différentes distances des miroirs. Dans la plupart des expériences qui seront détaillées, il est nécessaire que chacune des planches verticales soit à la même distance du miroir qui lui est opposé. Pour faciliter ce double ajustement, j'emploie une vis de bois à double pas de vis opposé en *r l*; les deux extrémités de cette vis composée traversent les écrous *e e'* qui sont fixés aux parties inférieures des planchettes verticales D D', de manière à ce qu'en faisant faire un tour à la vis *p* les deux planches se rapprocheront ou s'écarteront suivant le sens dans lequel le mouvement aura lieu : l'une et l'autre se trouveront toujours à la même distance de la ligne moyenne. E E sont des panneaux auxquels sont fixés les dessins, de telle manière que leurs lignes horizontales correspondantes soient sur le même niveau. Ces panneaux peuvent glisser en arrière ou en avant dans les rainures des montants verticaux D D'. Il nous reste à indiquer la manière de se servir de l'appareil. L'observateur doit placer ses yeux aussi près que possible des miroirs, l'œil droit devant le miroir de droite, et le gauche devant le miroir gauche, et il doit faire mouvoir les panneaux glissants E E', les rapprochant et les éloignant de lui jusqu'à ce que les deux images réfléchies coïncident au point d'intersection des axes optiques, et forment une image de la même grandeur apparente que chacun de deux dessins qui la déterminent. Les dessins coïncideront dans une grande variété de positions des panneaux glissants, étant vus par conséquent sous différentes inclinaisons des axes optiques ; mais il n'y a qu'une position dans laquelle l'image binoculaire pourra être vue immédiatement seule et de sa propre grandeur sans fatigue pour les yeux, parce que dans cette position seulement les relations ordinaires entre la grandeur des images sur la rétine, l'inclinaison des axes optiques et l'adaption de l'œil à la vision distincte, à différentes distances, sont conservées. L'altération dans la grandeur apparente des images binoculaires, lorsque ces relations usuelles sont troublées, sera discutée dans un autre mémoire, dans lequel nous exposerons une grande variété de phénomènes re-

marquables qui en dépendent. Dans toutes les expériences détaillées dans celui-ci, je supposerai que ces relations ne sont pas troublées, et que les axes optiques convergent à environ six ou huit pouces devant les yeux.

Si toutes les images sont dessinées de manière à devoir être vues avec la même inclinaison des axes optiques, on peut simplifier l'appareil en omettant la vis *r l* et en fixant les planchettes verticales D D' aux distances convenables. Les panneaux glissants peuvent aussi être supprimés; les dessins eux-mêmes peuvent être placés de manière à glisser dans les rainures.

§ IV.—Les fig. 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 représentent quelques points de dessins linéaires calculés de manière à donner naissance à la perception d'objets de trois dimensions, lorsqu'on les place dans le stéréoscope comme cela a été décrit; la dimension des figures est seulement la moitié de celle des dessins actuellement employés. Comme les dessins sont renversés par réflexion dans le miroir, je supposerai que ces figures sont les images réfléchies sur lesquelles les yeux se dirigent dans l'appareil, celle marquée *b* étant vue par l'œil droit, et celle marquée *a* par l'œil gauche. Les dessins, comme nous l'avons déjà dit, représentent deux projections différentes du même objet aperçu de deux points de vue différents, ayant entre eux une distance égale à l'intervalle compris entre les yeux de l'observateur ; cette distance est généralement de deux pouces et demi environ.

A et *b* fig. 15 représentent, vus dans le stéréoscope, une ligne dans le plan vertical ayant son extrémité inférieure inclinée vers l'observateur. Si les deux lignes composantes *a* et *b* sont mises en rotation autour de leurs centres, également dans des directions opposées, la ligne qui en résultera, tandis qu'elle paraîtra affecter chaque degré d'inclinaison sur le plan *référent*, semblera encore demeurer dans le même plan vertical.

La fig. 17 présente une ligne courbe coupant le plan référent et ayant sa convexité vers l'observateur.

La fig. 18 présente une série de points dans le même plan horizontal, chacun d'eux étant successivement plus rapproché de l'observateur vers le côté droit.

La fig. 19 un cube.

La fig. 20 son cône ayant ses axes perpendiculaires au plan référent, et son sommet vers l'observateur.

La fig. 21 montre le fragment d'une pyramide carrée dont l'axe est perpendiculaire au plan référent, et dont la base est dans la partie la plus élevée de l'œil.

La fig. 22 présente deux cercles à différente distance des yeux, leurs centres dans les mêmes perpendiculaires, formant le contour du fragment d'un cône.

Les autres figures n'exigent pas d'explication. Dans la vue de donner une bonne démonstration, j'ai employé seulement des dessins linéaires; car si je les avais ombrés ou coloriés, on pourrait supposer que l'effet est dû complétement ou en partie à ces conditions, tandis qu'en l'état on ne peut douter que l'effet de relief ne soit dû à la perception simultanée des deux projections monoculaires qui ont lieu séparément sur chaque rétine. Mais si on voulait obtenir la ressemblance la plus fidèle des objets réels, on devrait augmenter les effets par l'ombre et le coloris. Avec de l'attention et des soins, un artiste pourrait dessiner et peindre les deux images composantes, de manière à offrir à l'esprit de l'observateur, par la perception qui en résulterait, une identité parfaite avec l'objet représenté. Des fleurs, des cristaux, des bustes, des vases, des instruments de différente espèce pourraient être ainsi représentés de manière à ne pouvoir pas être distingués par la vue des objets réels eux-mêmes.

Il est digne de remarque que le procédé par lequel nous acquérons la connaissance de la forme réelle des objets solides, soit précisément celui qui est employé en géométrie descriptive, science importante due au génie de Monge, peu étudiée et peu connue en Angleterre. Dans cette science, la position d'un point, d'une ligne droite ou courbe, ou de toute autre figure, est complétement déterminée en assignant à leurs projections deux points fixes dont les situations sont connues et qui ne sont pas parallèles. Dans les problèmes de géométrie descriptive, les deux plans référents sont généralement supposés être à angle droit ; mais dans la vision binoculaire, l'inclinaison de ce plan est moindre à mesure que l'angle résultant du concours des axes optiques est moindre : ainsi le même objet solide est représenté à l'esprit par différentes paires d'images monoculaires, suivant la manière dont elles sont placées à des distances différentes au devant des yeux ; et la perception de ces différences (bien que nous ne paraissions pas en avoir conscience) peut venir au secours de l'esprit en lui suggérant la distance des objets. Plus les plans référents seront inclinés l'un vers l'autre, plus les différents points des projections seront rapportés avec exactitude à leurs propres places ; et c'est une heureuse prévoyance qui rend ainsi les formes réelles des objets qui sont le plus rapprochés de nous, plus nettement saisissables que celles de ceux qui sont plus éloignés.

§ V. — Il se produit un effet très-singulier lorsque le dessin qui devait être vu par l'œil droit est placé au côté gauche du stéréoscope, et que celui qui devait être vu de l'œil gauche est placé au côté droit de cet instrument. On aperçoit une figure à trois dimensions aussi fortement en relief que la première, mais d'une forme différente de celle qui est vue lorsque les dessins sont dans leur position convenable. Il y a une certaine relation entre la figure elle-même et celle-ci, que j'appellerai son image inverse. Les points qui sont le plus près de l'observateur dans la figure première sont le plus éloignés de lui dans la figure inverse, *et vice versâ*, de telle manière que la figure est pour ainsi dire renversée; mais ce n'est pas un renversement exact; car les parties rapprochées de la figure inverse paraissent plus petites, et les parties éloignées plus grandes que n'étaient ces mêmes parties avant l'inversion. Il résulte de là que le dessin qui, convenablement placé, fait apercevoir un cube, représente, quand il est changé de position de

la manière décrite, un fragment de pyramide ayant la base éloignée de l'œil. Il est facile d'en comprendre la cause.

Cette inversion du relief peut être obtenue avec tous les dessins compris dans les figures 15, 17, 18, jusqu'à 25. Dans les cas simples, comme ceux-ci, la figure inverse est aussi facile à saisir que la figure originale, parce qu'elle est tout aussi usuelle; mais dans le cas de dessins plus compliqués, d'un plan d'architecture, par exemple, l'esprit non accoutumé à voir l'inverse, qui ne se présente jamais dans la nature, ne trouve aucun sens dans le résultat.

§ VI.—Un objet à trois dimensions, ou sa projection sur une surface plane, peignent la même image sur la rétine, pourvu que le point de vue demeure le même dans les deux cas. En conséquence, il n'y aurait pas de différence dans l'apparence binoculaire de deux dessins présentés chacun à un seul œil, et de deux objets réels présentés aux deux yeux, de manière à ce que leurs projections sur la rétine fussent les mêmes que celles qui résultent des dessins. Les expériences suivantes prouveront la justesse de cette déduction.

J'ai disposé plusieurs paires de dessins linéaires en relief à trois dimensions, en fil de fer ou en fragments d'ébène, d'environ un dixième de pouce d'épaisseur. La paire dont je me suis suivi le plus souvent consiste en deux cubes, dont les côtés ont trois pouces de longueur. En plaçant ces figures en relief debout devant les deux miroirs du stéréoscope, les effets suivants sont produits suivant les changements de leur position respective : 1° Lorsqu'elles sont placées de manière à ce que les images, que leur réflexion dans le miroir produit sur les deux rétines, soient précisément les mêmes que celles qui auraient été projetées par un cube placé au concours des axes optiques, un cube en relief paraît devant les yeux; 2° lorsqu'elles sont placées de manière à ce que leurs images réfléchies produisent sur les deux rétines des images parfaitement semblables, tout effet de relief est détruit, et le résultat de leur superposition donne l'apparence d'une figure linéaire sur une surface plane; 3° lorsque les cubes sont placés de manière à ce que l'image réfléchie de l'un d'eux projette sur la rétine gauche le même dessin qui, dans le premier cas, se formait sur la rétine droite, et réciproquement, la figure inverse se montre en relief.

§ VII.—Si un objet symétrique, c'est-à-dire, ayant son côté droit et son côté gauche parfaitement semblables, quoique renversés, est placé de manière que chaque point, dans le plan qui le divise en deux moitiés, soit également distant des deux yeux, il est facile de voir que les deux projections monoculaires seront des fac-simile renversés l'un de l'autre. Ainsi *a* et *b* fig. 21 sont des projections monoculaires symétriques de la coupe d'une pyramide à quatre faces, et les fig. 19, 20, 22 sont des projections correspondantes d'autres objets symétriques. Sans perdre cela de vue, je décrirai une expérience qui, avant la connaissance des principes développés dans ce mémoire, eût été considérée comme une illusion d'optique inexplicable, si le hassard l'eût fait connaître.

M et M' fig. 12 sont deux miroirs inclinés de manière à ce que leurs surfaces forment entre elles un angle de 99°. Si l'on place entre eux et dans le point d'intersection une figure linéaire faite avec des fils ou bien avec une carte découpée de manière à ne laisser voir que les lignes noires, une image réfléchie de ces lignes placées en A se montrera derrière chaque miroir en B et B', l'une de ces images étant inverse à l'autre. Si les yeux convergent en C, il est évident que ces deux images réfléchies tomberont sur des parties correspondantes des deux rétines, et qu'une figure à trois dimensions sera aperçue. Si le dessin linéaire placé dans le plan d'intersection est renversé, la forme linéaire inverse paraîtra; dans ces deux expériences, nous obtenons le singulier phénomène de la transformation d'un seul plan linéaire en une figure à trois dimensions. Pour rendre l'objet binoculaire encore plus distinct, les yeux peuvent être munis de lentilles concaves; et pour empêcher les deux images latérales d'être vues, des écrans peuvent être placés en D D'.

§ VIII.—On peut observer un effet de perspective binoculaire sur un plateau de métal dont on adoucit la surface en lui imprimant un mouvement de rotation au moyen d'un tour. Si une seule chandelle est placée près d'un tel plateau, une ligne de lumière se montre en dehors de lui, moitié au-dessus et moitié au-dessous de sa surface; la position et l'inclinaison de cette ligne varient avec les changements de situation de la lumière et de l'observateur, mais elle passe toujours par le centre du plateau. Si l'on ferme l'œil gauche, le relief disparaît et la ligne lumineuse coïncide avec un des diamètres du plateau. Si au contraire on ferme l'œil droit, la ligne paraît également dans le plan de la surface, mais elle coïncide avec un autre diamètre; et si on ouvre les deux yeux, elle se montre instantanément en relief (1). Ce cas est exactement analogue à celui de la vision de deux lignes inclinées (fig. 15), lorsque chacune est présentée à un œil différent dans le stéréoscope. Il est est curieux qu'un effet comme celui-là, qui doit avoir été observé mille fois, n'ait jamais attiré assez l'attention pour avoir été le sujet de quelques recherches physiques. Ce fut un des premiers faits qui dirigèrent mon attention sur le sujet que je traite maintenant.

Le docteur Smith (2) fut fort embarrassé par un effet de perpective binoculaire qu'il observa sans pouvoir l'expliquer. Il ouvrit un compas, et tandis que, tanant le joint dans sa main, les pointes dirigées en dehors, un peu plus élevées que le joint et équidistant de ses yeux, il fixait un point plus éloigné, le compas lui parut double. Alors il rapprocha les branches jusqu'à ce que les deux pointes

(1) La ligne lumineuse vue par un seul œil provient de la réflexion de la lumière de chacun des cercles concentriquement produits par la rotation; quand le plateau n'est pas grand, l'arrangement de ces réflexions successives ne diffère pas d'une ligne droite.

(2) System of optiis, vol. II, p. 388, r. 526.

extérieures coïncidassent; cela fait, les deux branches intérieures coïncidaient aussi entièrement et divisaient en deux parties l'angle formé par les lignes extérieures, paraissant plus longues et plus épaisses qu'elles ne l'étaient, en s'étendant de la main jusqu'à l'objet en vue le plus éloigné. L'explication qui fut proposée par le docteur Smith n'a rapport qu'à la coïncidence des pointes du compas et nullement à celle de toute l'étendue des branches. Cet effet est mieux aperçu quand on emploie deux fils droits d'environ un pied de long. Une observation semblable, faite avec deux règles plates, et ensuite avec deux fils de soie, conduisit le docteur Wells à proposer une nouvelle théorie de direction visible, dans le but de donner une explication d'un fait qui ne lui parut explicable par aucune théorie reçue.

§ IX. — Les expériences précédentes démontrent qu'il existe une différence essentielle dans l'apparence des objets, suivant qu'ils sont vus avec deux yeux ou avec un seul, et que deux différentes projections perspectives d'un objet à trois dimensions ayant simultanément lieu, nous acquérons la plus parfaite conscience de sa solidité. On peut donc se demander comment il se fait que des personnes qui ne voient qu'avec un œil possèdent des notions correctes d'objets solides, et ne les confondent jamais avec des peintures; et comment il se fait aussi qu'une personne, ayant le parfait usage des deux yeux, n'aperçoive aucune différence dans les objets qui l'entourent quand elle les regarde avec un seul œil. Pour expliquer ces difficultés apparentes, il faut se rappeler que, quoique la vision simultanée de deux dessins dissemblables suggère de la manière la plus vive l'idée du relief des objets qu'ils représentent, cependant il existe d'autres signes qui peuvent suggérer les mêmes idées à l'esprit et qui, quoique plus équivoques que les premiers, deviennent moins capables de fausser notre jugement en proportion de l'étendue de notre expérience. La netteté du relief provenant de la projection sur chaque rétine d'images dissemblables, devient d'autant moindre que la distance augmente davantage; et nous cessons entièrement d'en avoir conscience lorsqu'elle devient assez grande pour que les axes optiques soient parallèles. A cette distance, tous les corps vus avec les deux yeux se montrent précisément comme lorsque nous les voyons de près avec un seul œil; car les images sont alors exactement semblables sur les deux rétines, et l'esprit n'apprécie aucune différence, soit que deux figures identiques tombent sur des parties correspondantes des deux rétines, soit qu'un seul œil soit impressionné par une seule de ces figures. Ainsi, une personne privée d'un œil voit tous les objets extérieurs rapprochés ou éloignés, comme une autre qui possède ces deux organes voit seulement les objets éloignés; mais elle ne perçoit pas cet effet tranché provenant de la vision binoculaire des objets rapprochés: pour suppléer à ce défaut, elle a recours, sans s'en douter, à d'autres moyens d'acquérir des informations exactes, et le mouvement de la tête est le principal qu'elle emploie. Les considérations suivantes prouveront que les notions dont elle a besoin peuvent être ainsi obtenues. L'esprit associe à l'idée d'un objet solide chacune des projections différentes que l'expérience lui a déjà fait connaître: une seule projection peut être douteuse, parce qu'elle rentre dans le cas de la peinture ou d'un objet solide différent; mais lorsque différentes projections d'un même objet sont successivement présentées, elles ne peuvent appartenir à un autre objet, et la forme de celui dont elles proviennent se trouve complétement caractérisée. Tandis que l'objet demeure fixe, il est aperçu à chaque mouvement de la tête d'un point de vue différent, et leur image sur la rétine change sans cesse.

Chacun sait combien l'effet de perspective d'un tableau est fortement exagéré quand on ne le regarde qu'avec un seul œil, surtout si on se sert d'un tube pour s'interdire toute vision d'objets adjacents dont la vue pourrait déranger l'illusion. Aperçue sous ces conditions, d'un point de vue convenable, la peinture projette sur la rétine les mêmes lignes, les mêmes ombres et les mêmes couleurs que produisent les paysages les plus éloignés qu'elle représente s'ils lui étaient substitués. Tout ce qui est capable de nous persuader que nous fixons une peinture est exclu de la vue, et l'imagination a tout son champ libre. Plusieurs écrivains anciens ont attribué, par erreur, cette supériorité apparente de la vision monoculaire à la concentration de la force visuelle sur un seul œil (1).

Il est une illusion de perspective frappante et bien connue, qui mérite d'être remarquée en passant, parce que la raison ne paraît pas en être généralement comprise. Lorsque la perspective d'un édifice est projetée sur un plan horizontal de manière à ce que le point de vue soit fortement incliné vers ce plan, l'édifice, vu avec un seul œil, paraît être en plein relief, et l'illusion est presque aussi parfaite que dans les expériences binoculaires décrites aux paragraphes II, III, IV. Cet effet provient complétement de la projection inusuelle que suggère plus directement à l'esprit l'objet lui-même que son dessin; car nous sommes habitués à voir les objets réels sous presque chaque point de vue, et les représentations perspectives étant généralement faites dans un plan vertical, au point de vue d'une ligne perpendiculaire au plan de projection, nous sommes moins familiers avec l'apparence des projections différentes. Toute autre projection non usuelle nous semble produire le même effet.

§ X. — Si nous regardons avec un seul œil le dessin d'une figure géométrique solide, nous pourrons le prendre pour une représentation de l'une des deux figures solides dissemblables, celle qu'on a eu l'intention de représenter, ou bien sa figure inverse (§ V). Si la première est une figure très-usuelle et la seconde une figure que nous n'ayons

---

(1) Nous voyons avec plus de délicatesse avec un œil fermé qu'avec les deux yeux, parce que les esprits vitaux se concentrent ainsi davantage et deviennent plus puissants; car nous trouvons qu'en regardant dans un verre pendant que nous fermons un œil, la pupille de l'autre se dilate.

BACON.

pas l'habitude de voir, l'imagination se fixe sur l'original sans s'arrêter à la figure inverse; mais si elles sont toutes les deux de nature à se rencontrer habituellement, ce qui est généralement le cas des formes simples, un phénomène singulier se manifeste : on la voit distinctement tantôt sous l'une et tantôt sous l'autre de ces figures; et pendant que l'une d'elles continue à se montrer, notre volonté n'a pas le pouvoir de la changer immédiatement.

Le même phénomène se montre, quoique d'une manière moins tranchée, quand le dessin est vu avec les deux yeux. Beaucoup de nos lecteurs se rappelleront l'effet embarrassant de quelques-uns des diagrammes annexés aux problèmes du onzième livre d'Euclide, qui, lorsqu'on les regarde attentivement, passent d'une manière arbitraire d'une figure solide à une autre, continuent à présenter les figures inverses lorsque les figures réelles disparaissent. Cette illusion embarrassante doit se montrer souvent; pourtant je n'ai trouvé qu'une seule observation relative à ce sujet, rapportée par Necker, professeur de Genève. Je la donne ici avec les propres expressions de l'auteur (*Philosofical Magazine, third serees*, t. I, p. 337) :

« L'objet sur lequel je veux fixer à présent votre attention est une observation qui s'est souvent montrée à moi, en examinant des figures et des gravures de forme crystalline ; je veux parler d'un changement soudain et involontaire dans la position apparente d'un cristal ou d'un solide représenté dans une figure gravée. La fig. 10 fera mieux comprendre ce que je veux dire. Le rhomboïde AX est dessiné de manière à ce que l'angle solide A soit le plus près possible du spectateur, et l'angle solide X le plus éloigné, et que la face A, C, B, D soit en avant, tandis que derrière elle se trouve la face X, D, C. Mais en regardant souvent la même figure, vous verrez que parfois la position du rhomboïde est tellement changée, que l'angle solide X paraîtra le plus rapproché, et l'angle solide A le plus éloigné, et que la face A, C, B, D reculera derrière la face X, D, C, qui se présentera en avant, effet qui donnera à tout le solide une inclinaison apparente toute contraire.

Le professeur Necker attribue cette altération dans les apparences non à une opération de l'esprit, mais à un changement involontaire dans l'accord des yeux, nécessaire à la vue distincte ; il admettait que lorsque le point de vision distincte sur la rétine était dirigé vers l'angle A, par exemple, cet angle, vu plus distinctement que les autres, était naturellement supposé être plus près et le premier, tandis que les autres angles, vus indistinctement, étaient supposés plus éloignés et derrière lui, et que le contraire se présentait lorsque le point de vision distincte était amené sur l'angle X.

Il est évident, par trois raisons différentes, que ce n'est pas là l'explication véritable : premièrement les deux points A et X étant à la même distance des yeux, le changement de position qui rendrait l'un d'eux indistinct rendrait l'autre aussi indistinct; secondement la figure subira les mêmes changements, soit que la distance faciale de l'œil soit plus rapprochée ou plus éloignée que le plan sur lequel la figure est dessinée ; et en troisième lieu le changement de figure se montre souvent, tandis que l'œil continue à regarder sous le même angle. L'effet paraît dépendre entièrement d'une certaine contemplation mentale de l'image qu'on a voulu représenter ou de sa forme inverse. En suivant de l'œil les lignes avec une idée nette de la figure solide que nous décrivons, l'impression peut en demeurer fixée pour quelque durée de temps que ce soit. Avec un peu de pratique on obtient ce résultat et l'on change à volonté la figure. Comme je l'ai déjà observé, ces effets sont beaucoup moins evidents quand les figures sont vues avec un seul œil.

Aucune illusion de cette espèce ne peut avoir lieu lorsqu'un objet à trois dimensions est vu avec les deux yeux, les axes optiques faisant entre eux un angle sensible, parce que l'apparence de deux images dissemblables, l'une dans chaque œil, prévient toute erreur. Mais si nous regardons un objet à des distances telles que les deux projections soient sensiblement identiques et prêtent à double interprétation, l'illusion peut alors avoir lieu. Ainsi une affiche portée dans les rues sur une perche ayant un de ses côtés incliné vers l'observateur, lui paraîtra souvent, vue d'une grande distance, avoir une inclinaison inverse. Cet exemple suffira pour rappeler à l'esprit les autres cas semblables; on doit observer toutefois que lorsque des ombres ou d'autres circonstances capables de déterminer le jugement existent, ces erreurs ne sont plus possibles.

§ XI. — La même indécision de jugement qui dans des temps différents nous présente le même dessin comme différentes figures, donne fréquemment lieu à une fausse perception lorsque les objets en relief sont fixés avec un seul œil. La conversion apparente d'un camée en une ciselure et d'une ciselure en un camée est un cas bien connu de cette erreur de vision ; mais ni le fait, ni les conditions sous lesquelles il se présente, ne me paraissent avoir été correctement expliqués et convenablement établis.

Cette illusion curieuse, qui a été l'objet d'une grande attention, a été d'abord observée à une des premières assemblées de la Société royale (1). Parmi les membres qui examinaient une guinée avec un nouveau microscope composé, quelques-uns trouvèrent que l'image était deprimée, d'autres la virent en relief, comme elle était réellement. Le professeur Gmelin, de Wurtemberg, publia un mémoire sur le même sujet dans les Transactions philosophiques de 1745, d'après des expériences faites avec des télescopes et des microscopes composés qui renversaient les images ; et il observa que le changement en relief se montrait dans des circonstances, dans des temps et pour des yeux différents. Il chercha à déterminer quelques-unes des conditions de ces deux apparences différentes, sans pouvoir, comme il le dit lui-même, déterminer la cause probable de ces phénomènes.

David Brewter rend ainsi compte de ces sortes d'erreurs (2) « Un seau creux étant éclairé par le

(1) Birch's History, vol. II, p. 348.
(2) Natural Magie, p. 100.

jour d'une fenêtre ou par une chandelle, son côté ombré est du côté d'où vient la lumière. Si nous renversons ce seau avec une ou plusieurs lentilles, de manière à le voir dans une direction opposée, nous le verrons avec son côté ombré opposé à la fenêtre. Mais comme nous savons que la fenêtre est toujours à notre gauche, et comme tout corps ayant sa partie ombrée opposée à la direction d'où vient la lumière doit avoir nécessairement une surface convexe ou proéminente, nous avons la conscience d'un bas-relief. La preuve que l'œil reçoit ainsi du soulèvement du seau, l'emporte sur l'évidence formée par le sens du toucher, et par la connaissance que nous avons que la surface de l'objet est creuse. Dans ce cas l'erreur provient de la conscience que nous avons de la direction réelle de la lumière qui tombe sur le seau ; car si la situation de la fenêtre par rapport à l'objet avait été renversée comme lui, l'illusion n'aurait pas eu lieu : elle résulte donc d'une opération de l'esprit par laquelle nous jugeons des formes des corps par la connaissance que nous avons acquise du clair et de l'obscur ; elle dépend de l'exactitude et de l'étendue de nos connaissances à ce sujet, ce qui fait que quelques personnes n'en ont pas conscience pendant que d'autres s'y trompent.

Ces considérations n'expliquent pas entièrement le phénomène ; car elles supposent la nécessité de l'inversion de la figure et d'une direction particulière de la lumière ; mais la conversion en un relief se manifestera encore lorsque l'objet sera vu au moyen d'un tube dépourvu de lentilles qui le renversent, et aussi quand il est également éclairé dans tous ses points. Je pense que la véritable explication est la suivante : si nous supposons un camée et une sculpture du même objet, les élévations de l'un correspondront exactement aux dépressions de l'autre ; il est facile de démontrer que la projection de chacun d'eux sur la rétine est sensiblement la même. Si le camée et son relief sont vus des deux yeux, il est impossible de confondre une élévation avec une dépression par les motifs déjà expliqués ; mais si l'un des deux est vu avec un seul œil, le guide le plus certain de notre jugement, la représentation d'images différentes dans chaque œil, nous manque : l'imagination supplée toutefois à ce défaut, et nous avons la conscience d'un objet creux ou d'un objet en relief, suivant les renseignements qui nous viennent de cette faculté. Sans doute notre jugement est beaucoup influencé dans ces cas par les circonstances accessoires, et la sculpture ou le relief se présenteront quelquefois d'eux-mêmes, suivant la connaissance préalable que nous avons de la direction dans laquelle les ombres doivent paraître ; mais nous trouverons la cause réelle du phénomène dans l'indécision du jugement qui doit résulter de l'absence de moyens plus parfaits d'appréciation.

Les observateurs qui se servent du microscope doivent être particulièrement sur leurs gardes contre les illusions de cette espèce. M. Raspail observe que la disposition pyramidale creuse des cristaux de chlorhydrate de soude se montre, quand ils sont vus au microscope, sous la forme de pyramides striées en relief. Il recommande deux moyens pour corriger cette illusion. Le premier est de présenter successivement au foyer de l'instrument les différentes parties du cristal : si la pyramide est en relief, la pointe arrivera plus tôt au foyer que la base ; le contraire aura lieu si la pyramide est creuse. Le second moyen est de projeter une lumière intense sur la pyramide dans le champ de vision du microscope, et d'observer quel est le côté du crystal qui est éclairé, en prenant toutefois en considération le renversement de l'image si on emploie un microscope composé.

L'inversion du relief est frappante lorsqu'on regarde un cube linéaire avec un seul œil, et dans ce cas on peut observer les singuliers résultats que voici : tant que l'esprit perçoit le cube, quoique la figure soit renversée, les apparences diverses ne sont que les représentations différentes du même objet, et la même forme primitive est toujours suggérée à l'esprit. Mais il n'en est pas de même si l'attention est fixée sur la figure inverse ; la série de projections successives ne peut alors être rapportée à aucune figure à laquelle elles soient toutes communes, et le cube linéaire paraît subir continuellement des changements de forme.

§ XII. — J'ai prouvé amplement que les objets dont les images ne tombent pas sur deux points correspondants des rétines peuvent encore paraître uniques. Je prouverai maintenant par l'expérience que des images semblables qui tombent sur des rétines peuvent paraître doubles et dans des lieux différents.

(Fig. 16.) Si on présente à l'œil droit dans le stéréoscope une ligne verticale, et à l'œil gauche une autre inclinée de quelques degrés sur cette direction, l'observateur verra une ligne dont les extrémités se montrent à des distances différentes. Alors si l'on trace sur la figure gauche une ligne verticale très-faible, dont la position et l'étendue correspondent exactement à celle de la ligne offerte à l'œil droit, intersectant à son centre même la verticale qui s'y trouve déjà, les deux lignes fortement marquées, vues chacune par un œil différent, coïncideront, et la ligne qui en résultera paraîtra occuper la même place qu'auparavant. Mais la ligne faiblement marquée, qui tombe maintenant sur une ligne de la rétine gauche qui correspond avec celle de la rétine droite, sur laquelle tombe la ligne verticale coïncidente, paraît dans un lieu différent. La place que la ligne faible paraît occuper est l'intersection du plan de la direction visuelle de l'œil gauche dans lequel elle est située, avec le plan de la direction visuelle de l'œil droit qui renferme la ligne verticale.

Cette expérience apporte une autre preuve contre la doctrine soutenue par tant d'auteurs de la connexion physiologique nécessaire entre les points correspondants des deux rétines.

§ XIII. — *Vision binoculaire d'images de différentes grandeurs.* — Nous voulons rechercher maintenant l'effet qui résulte de la présentation à des parties analogues des deux rétines, d'images semblables différant seulement en grandeurs. Si on dessine, sur deux morceaux de papier séparés, des carrés ou des cercles d'étendue évidemment différente, sans qu'il existe pourtant entre eux des disproportions trop considérables, et qu'on les place

dans le stéréoscope de manière à ce que l'image réfléchie de chacun soit également éloignée de l'œil par lequel elle est vue, elles s'unissent et déterminent une perception résultante unique. On peut trouver la limite dans laquelle les différences de dimensions des figures peuvent donner une impression unique en employant deux images d'égale grandeur, et en éloignant l'une d'elles de l'œil pendant que l'autre demeure toujours à la même distance, ce qu'on opère en enlevant simplement la planchette glissante C pendant que celle C' demeure fixée, la vis étant préalablement retirée.

Quoique l'apparence unique de deux images d'inégale grandeur soit démontrée par cette expérience, l'observateur ne peut percevoir la différence qui existe entre la grandeur apparente de l'image binoculaire et celle des deux images monoculaires. Le stéréoscope n'est pas nécessaire pour déterminer ce point; et l'expérience doit être disposée de manière que les trois images puissent simultanément être vues, ce qu'on fait de la manière suivante: les deux dessins étant placés l'un à côté de l'autre sur un même plan au devant des yeux, les axes optiques doivent converger en un point plus rapproché comme dans la fig. 6, ou en un point plus éloigné comme dans la fig. 5, jusqu'à ce que les trois images soient vues au même moment, l'image binoculaire étant située entre les deux images monoculaires On verra ainsi que l'image binoculaire paraît avoir une dimension intermédiaire entre celle des deux figures monoculaires.

Si les grandeurs des figures sont trop inégales, la coïncidence binoculaire n'a pas lieu. Il paraît que si leur inégalité est plus grande que la différence qui existe entre les deux projections du même objet, vu dans la position la plus oblique des yeux (s'ils sont tournés tous les deux, par exemple, à l'extrême limite à droite ou à gauche), ils ne se confondent pas. Si ce n'était pour la coïncidence binoculaire de deux images de différentes grandeurs, les objets ne paraîtraient uniques que lorsque les axes optiques convergeraient seulement en avant; car ce n'est que lorsque les lignes visuelles convergentes forment des angles égaux avec la base visuelle (la ligne réunissant l'axe des deux yeux), comme dans la fig. 4, que les deux figures peuvent être de la même grandeur; mais lorsqu'elles forment avec elle des angles différents, comme dans la fig. 13, la distance de l'objet à chaque œil est différente, et l'image projetée sur chaque rétine a en conséquence une grandeur différente. Si une pièce de monnaie est tenue dans la position A (fig. 13), pendant que les axes optiques convergent en un point C plus rapproché, elle paraîtra double, et celle qui sera vue par l'œil gauche sera évidemment plus petite que l'autre.

§ XIV. — *Phénomènes observés lorsque des objets de formes différentes sont simultanément présentés à des parties correspondantes des deux rétines.*

Si nous regardons un dessin seulement avec l'œil droit pendant un temps très-long, nous l'apercevrons constamment; si nous fixons un autre dessin dissemblable seulement avec l'œil gauche, les effets seront également permanents : en conséquence, on pourrait penser que si chacune de ces figures était représentée en même temps à l'œil qui y correspond, elles paraîtraient superposées d'une manière permanente, c'est ce qui n'arrive pas.

Si S et A (fig. 11) sont chacun présentés en même temps à un œil différent, le cercle qui les entoure demeurera constamment le même, tandis que la lettre, qui est dans l'intérieur du cercle, éprouvera des changements alternatifs : celle qui devait être vue par l'œil droit seulement, et celle qui devait ne l'être que par l'œil gauche, se montreront successivement. Au moment du changement, la lettre qu'on vient de voir se brise en fragments mêlés aux fragments de la lettre qui va se montrer ensuite entièrement. Il ne paraît pas être au pouvoir de la volonté de déterminer l'apparence de l'une ou de l'autre de ces lettres, mais sa durée paraît dépendre de causes soumises à notre contrôle : ainsi, si les deux figures sont également éclairées, les alternatives paraissent en général d'égale durée; mais si une figure est plus éclairée que l'autre, celle qui l'est le moins se montrera pendant un temps plus court. J'ai fait généralement cette expérience avec l'appareil fig. 9. Lorsque des figures complexes sont employées dans le stéréoscope, leurs différentes parties alternent différemment.

Il existe quelques faits intimement liés au sujet qui nous occupe, qui ont été déjà fréquemment observés, Je veux faire allusion aux expériences faites d'abord par Du Tour, dans lesquelles deux couleurs différentes sont présentées aux parties correspondantes des deux rétines. Si on présente un disque jaune à la partie correspondante de l'œil gauche, au lieu du disque vert qui se montrerait si ces deux couleurs étaient mêlées avant leur arrivée à un seul œil, l'esprit percevra distinctement les deux couleurs, l'une ou l'autre prédominant alternativement dans la totalité, seulement sur une partie du disque. De la même manière, nous n'aurons pas la conscience du violet, si du rouge est présenté à un œil, et du bleu à l'autre; et nous n'apercevrons aucune trace d'orangé si du rouge et du jaune sont séparément présentés de la même manière. On peut répéter ces expériences en plaçant les disque colorés dans le stéréoscope; mais on les fait généralement en faisant un disque blanc à travers deux verres différemment coloriés, appliqués chacun à un œil.

Quelques auteurs ont établi, contradictoirement aux faits, que, lorsque des objets semblables, mais de différentes couleurs, sont présentés séparément à chaque œil, nous devons recevoir l'impression composée des deux couleurs. Les docteurs Reid et Jamin sont du nombre de ceux qui sont tombés dans cette erreur inconsidérée, résultant de déterminations basées sur des opinions admises sans avoir été déduites de vérifications expérimentales.

§ XV.—Il n'est pas de question relative à la vision qui ait été autant débattue que la cause de l'apparence unique des objets vus des deux yeux. Je consacrerai cette section à l'examen rapide des différentes théories avancées par les physiciens relativement à ce phénomène, afin que les remarques que j'aurai

à faire dans la section suivante puissent être convenablement comprises.

Ma loi de direction visible pour la vision monoculaire a été diversement établie par les auteurs qui ont écrit sur l'optique. Quelques-uns ont soutenu, avec les docteurs Reid et Porterfield, que chaque point extérieur est vu dans la direction d'une ligne passant de son image sur la rétine à travers le centre de l'œil, tandis que d'autres ont supposé, avec le docteur Smith, que la direction visible d'un objet coïncide avec le rayon visuel, ou le rayon central du faisceau qui se dirige de cet objet sur l'œil. D'Alembert, partant de données imparfaites relativement aux densités réfractives des humeurs de l'œil, calcula que les grandeurs apparentes des objets différaient extrêmement dans les deux suppositions, et conclut que le point visible d'un objet n'était vu dans aucune de ces deux directions, mais sensiblement dans celle d'une ligne joignant le point lui-même et son image sur la rétine, en reconnaissant toutefois qu'il ne pouvait assigner aucune raison à cette loi. David Brewster, avec des données plus positives, a montré que les trois lignes coïncident entre elles « d'une manière si rapprochée qu'à une inclinaison de 30° une ligne perpendiculaire au point d'impression sur la rétine traverse le centre commun, et ne doit pas dévier de plus d'un demi-degré de la ligne réelle de direction visible, quantité trop petite pour nuire au but de la vision. » Toutefois, nous adopterons dans les discussions qui vont suivre l'exactitude de la définition suivante donnée par cet éminent physicien. « Comme la forme de la sclérotique est aussi près que possible de celle d'une sphère parfaite, les lignes perpendiculaires à la surface de la rétine doivent toutes passer par un seul point, à savoir, le centre de la surface sphérique. Ce point peut être appelé le centre de direction visible, parce que chaque point d'un objet visible sera vu dans la direction d'une ligne tracée de ce centre au point visible. »

Il est évident que le résultat de toute tentative pour expliquer l'apparence unique d'objets qui se peignent dans les deux yeux, ou, en d'autres termes, la loi de direction visible pour la vision binoculaire ne doit rien renfermer qui ne soit d'accord avec la loi de direction visible pour la vision monoculaire.

Aguilonius était d'opinion que tous les objets vus avec deux yeux, dans le même moment, paraissent être dans le plan de l'*horopter*. Il définit l'*horopter* : une ligne passant par le point d'intersection des axes optiques, et parallèle à la ligne qui joint les centres des deux yeux ; et le plan de l'*horopter:* un plan passant par cette ligne en faisant un angle droit avec celui des axes optiques. Tous les objets qui sont dans ce plan doivent, suivant lui, paraître uniques, parce que les lignes de direction dans lesquelles chaque point d'un objet est vu ne coïncident que dans ce plan, et nulle part ailleurs ; et comme ces lignes ne peuvent se rencontrer qu'en un seul point, il résulte de cette hypothèse que tous les objets qui ne sont point dans le plan ci-dessus défini doivent paraître doubles, parce que leurs lignes de direction se croisent l'une l'autre, soit avant de l'avoir dépassé, soit après. Cette opinion a été aussi soutenue par Dechales et porterfield. Je pense avoir suffisamment prouvé qu'elle est erronée en montrant que, lorque les axes optiques convergent en un point, les objets qui sont au-devant du plan de l'horopter sont, dans certains cas, vus également uniques comme ceux de ce plan.

Le docteur Wells a modifié l'hypothèse précédente dans sa nouvelle théorie de la direction visible. Cet ingénieux écrivain soutient que les objets ne sont vus uniques que quand ils sont dans le plan de l'*horopter*, et qu'ils paraissent doubles, en conséquence, quand ils sont en avant de lui ou derrière lui ; mais il essaya de soumettre à d'autres principes l'apparence unique des objets dans le plan de l'*horopter*, et il en déduisit, contrairement à l'opinion d'Aguilonius, que les objets doubles ne se montrent pas dans ce plan, mais dans d'autres lieux qui sont déterminés par ces nouveaux principes. Le docteur Wells fut conduit à sa nouvelle théorie par un fait qu'il observa par hasard, et qu'il ne put expliquer par aucune des théories existantes de la direction visible. Ce fait avait déjà été signalé avant lui, bien qu'il n'en eût pas connaissance, par le docteur Smith ; il a été déjà mentionné au paragraphe VIII, et c'est le seul exemple de vision binoculaire en relief qui ait été rapporté avant mes propres recherches. La théorie du docteur Wells paraît avoir été si peu comprise qu'aucun écrivain depuis n'a essayé de confirmer ou de combattre ses opinions. Il serait inutile de discuter ici les principes d'une théorie imaginée pour expliquer un simple fait anormal, puisque cette théorie n'a aucun rapport avec les règles générales sur lesquelles il a été démontré que ce fait reposait. Nonobstant ces vues erronées, l'*Essai sur la simple vision avec deux yeux* renferme plusieurs expériences et plusieurs remarques importantes dont la vérité est indépendante de la théorie qu'elles avaient pour but d'expliquer.

La théorie la plus généralement reçue est celle qui établit qu'un objet est vu unique parce que ses images tombent sur des points correspondants des deux rétines, c'est-à-dire, dont les distances, les positions relatives sont parfaitement semblables quant à leur situation par rapport aux deux centres. Cette théorie suppose que les images projetées sur les rétines sont exactement semblables l'une à l'autre, leurs parties correspondantes tombant sur des points correspondants des deux rétines. Les auteurs, qui sont d'accord sur cette propriété, diffèrent beaucoup entre eux quand ils expliquent comment les objets sont vus dans le même lieu, ou uniques, d'après cette loi. Le docteur Smith fait entièrement dépendre cela de l'habitude, et explique comme il suit pourquoi les yeux sont naturellement dirigés sur un objet de manière à ce que ses images tombent sur des parties correspondantes : « Lorque nous regardons fixement un objet, nous avons l'habitude de diriger les axes optiques vers le point que nous examinons, parce que les images, tombant sur les points centraux des rétines, sont ainsi plus distinctes que si elles tombaient sur tout autre lieu : et puisque les images de tout l'objet sont égales l'une à l'autre, et qu'elles sont toutes les deux ren-

versées par rapport aux axes optiques, les images de chaque point collatéral sont peintes sur des points correspondants des rétines.

« Le docteur Reid, après une longue dissertation sur ce sujet, conclut que, par une propriété spéciale des yeux humains, les objets peints sur les centres des deux rétines, ou sur des points semblablement situés par rapport à leurs centres, paraissent dans la même place visible; que les tentatives les plus plausibles faites dans le but d'expliquer cette propriété des yeux ont été vaines, et qu'ainsi ce doit être ou bien une loi primaire de notre constitution, ou la conséquence de quelque loi plus générale qui n'est pas encore découverte. »

D'autres écrivains qui ont admis ce principe l'ont regardé comme provenant de la structure anatomique et dépendant de la connexion des fibres nerveuses; parmi eux nous trouvons Galien, le docteur Briggs, Isaac Newton, Rohault, le docteur Hartley, le docteur Wollaston et le professeur Müller.

Plusieurs des partisans de la théorie des points correspondants ont pensé ou plutôt ont admis qu'elle n'était pas contraire à la loi d'Aguilonius; mais, avec un peu de réflexion, on comprend que ces deux théories ne peuvent s'accorder entre elles, car des lignes correspondantes de direction visible, c'est-à-dire, se terminant en des points correspondants des deux rétines, ne peuvent se rencontrer dans le plan d'Aguilonius, à moins que les axes optiques ne soient parallèles, le plan étant situé à une distance infinie devant les yeux. Quelques-uns des écrivains allemands modernes ont recherché la courbe dans laquelle les objets paraissent uniques, les axes optiques étant dirigés sur un point donné, toujours d'après l'hypothèse que les objets ne sont vus uniques que lorsqu'ils tombent sur des points correspondants des deux rétines. Il est résulté de leurs recherches une élégante proposition que j'introduirai ici, puisqu'elle n'a encore été mentionnée dans aucun ouvrage anglais.

Soient les deux yeux R et L (fig. 7); C, A C' A les axes optiques convergeant au point A, et C A B C' un cercle tracé à travers le point de convergence A et les centres de la direction visible C C'. Un point quelconque étant pris dans la circonférence de ce cercle, et des lignes étant menées de ce point sur les centres des deux yeux C C', ces lignes tomberont sur des points correspondants des deux rétines D D'; car les angles A C B, A C' B étant égaux, les angles D C E, D C' E sont aussi égaux : donc tout point placé dans la circonférence du cercle C A B C' paraîtra unique suivant l'hypothèse, tandis que les axes optiques sont dirigés en A ou dans toute autre partie. Je mentionnerai deux autres propriétés de ce cercle binoculaire. 1° L'arc sous-tendu par deux points de sa circonférence contient le double du nombre de degrés compris dans l'arc sous-tendu par les images de ces points sur chaque rétine, de telle façon que les objets qui occupent 180° du cercle supposé de vision unique sont peints sur une partie de la rétine de 90° degrés seulement; conséquence nécessaire de la position de l'angle D C E ou D C' E au centre et celle de l'angle B C A ou B C' A à la circonférence d'un cercle. 2° Quel que soit le point de la circonférence du cercle où l'on fasse converger les axes optiques, ils formeront le même angle l'un avec l'autre, car les angles C A C', C B C sont égaux.

Le centre de la direction visible dans l'œil, ou le point d'entre-croisement des rayons principaux, est, suivant le docteur Young et d'autres physiciens éminents qui ont écrit sur l'optique, en même temps le centre de la surface sphérique de la rétine, et celui de la surface moins sphérique de la cornée; dans le diagramme (fig. 7), pour simplifier le problème, R et L représentent seulement le cercle de courbure du fond de la rétine, mais l'argument est également vrai dans les deux cas.

Les mêmes raisons, fondées sur les expériences contenues dans ce mémoire, qui renversent la théorie d'Aguilonius, me conduisent à rejeter la loi des points correspondants comme rendant compte des phénomènes de la vision simple. Suivant le premier, les objets ne peuvent paraître uniques que dans le plan de l'*horopter;* suivant le second, seulement lorsqu'ils se trouvent dans le cercle de la vision simple, deux positions incompatibles avec la vision binoculaire d'objets en relief dont les divers points doivent paraître uniques, bien qu'il soient à des distances différentes des yeux. J'ai déjà prouvé que la supposition faite par tous les partisans de la théorie des points correspondants, notamment la similitude exacte des deux images d'un même objet projetées sur les deux rétines, était tout à fait contraire à l'observation, excepté dans le cas du parallélisme des axes optiques.

Gassendi, Porta, Jacquet et Gall ont soutenu que nous ne voyons que d'un seul œil, bien que tous les deux soient ouverts, l'un étant inattentif et en repos pendant que l'autre examine les objets. Cette hypothèse est suffisamment réfutée par le fait de la vue double d'un objet lorsqu'un des axes optiques est déplacé, soit quand on touche ou bien qu'on comprime du doigt le globe de l'œil; si la vision ne s'opérait que d'un œil, un seul objet serait vu dans ces circonstances. En outre, dans beaucoup de cas déjà analysés, l'impression simultanée produite sur les deux rétines excite dans l'esprit une idée qui ne se rapporte à aucune des impressions de vision simple : l'une donnera l'idée d'une surface plane, l'autre celle d'un relief, toutes choses qui n'auraient pas lieu si nous ne voyions qu'avec un seul œil.

Du Tour soutient que, quoique nous puissions voir parfois avec les deux yeux en même temps, cependant l'esprit ne peut être affecté simultanément par deux points correspondants des deux images. Il fut conduit à cette opinion par les faits curieux auxquels il a été fait allusion au § XIV. Il serait difficile de réfuter cette conjecture d'une manière expérimentale; mais tout ce que les expériences fournissent en sa faveur, et tout ce que prouvent celles qui sont relatives à la non-apparence des objets dans l'un des yeux, est que l'esprit est inattentif aux impressions faites sur une rétine lorsqu'il ne peut pas combiner ensemble les impressions faites sur les deux rétines, de manière à imiter la perception de quelques objets extérieurs; mais elles ne fournissent aucune raison de supposer que l'esprit ne puisse dans aucune circonstance fixer son attention sur des impressions simultanément pro-

duites sur des points des deux rétines lorsqu'ils sont en harmonie entre eux de manière à suggérer la même idée à l'esprit.

M. Lehot a émis récemment une théorie tout à fait originale (1) : il a tenté de prouver qu'au lieu d'images sur la rétine, il se peignait dans le corps vitré des figures à trois dimensions que nous percevions au moyen de filets nerveux qui, de la rétine, se rendaient dans cette partie. Il voulait expliquer par cette théorie l'apparence unique pour les deux yeux des objets en relief ; mais elle était tout à fait insuffisante pour rendre compte de la perception d'objets à trois dimensions dont deux images sont présentées aux yeux; et, suivant cette théorie, nous ne devrions trouver aucune différence dans le relief des objets vus par un seul œil ou bien par les deux yeux ; ce qui est contraire à ce qui arrive dans ces deux cas. En outre, les preuves de la perception des objets extérieurs au moyen d'images tracées sur les rétines sont si nombreuses et si évidentes, qu'on ne peut avoir l'idée d'une autre supposition. A cette occasion nous mentionnerons deux autres théories qui placent le siége de la vision dans l'humeur vitrée. Vallée (2), sans nier l'existence d'images sur la rétine, a soutenu que nous apercevions le relief des objets au moyen de foyers formés sur des plans antérieurs à la membrane hyaloïde ; et M. Raspail (3) a développé d'une manière très-étendue l'étrange hypothèse que les images n'étaient ni formées dans l'humeur vitrée, ni peintes sur la rétine, mais qu'elles étaient immédiatement perçues au foyer du système lenticulaire dont l'œil est formé.

§ XVI. — Il reste maintement à examiner pourquoi deux images dissemblables formées sur les deux rétines donnent naissance à la perception d'un objet en relief. Je n'essaierai pas de donner ici la solution complète de cette question, qui est loin d'être aussi facile qu'elle le paraît au premier coup d'œil, et qui est au contraire compliquée. Je me bornerai à donner les explications les plus claires que nous possédions, en montrant toutefois leur insuffisance à rendre compte du phénomène dans toute son étendue.

On peut supposer que nous ne voyons distinctement dans le même instant qu'un point du champ de vision, celui vers lequel sont spécialement dirigés les axes optiques, tandis que nous voyons tous les autres si indistinctement que l'esprit ne distingue pas si leurs parties sont simples ou doubles, et que, pour apprécier la figure entière et juger parfaitement de sa forme, nous sommes obligés de diriger successivement le point de convergence des axes optiques sur un nombre suffisant de points du champ de vision.

On ne peut mettre en doute qu'il n'y ait un certain degré de confusion dans les parties du champ de vision qui sont en dehors du point vers lequel les yeux sont immédiaiement dirigés, confusion qui augmente à mesure qu'on s'éloigne de ce point, et l'on sait que les objets ainsi vus indistinctement paraissent souvent doubles. Ce manque de netteté et cette erreur ne se rencontrent pas dans la vision ordinaire, parce que, se promenant sans cesse d'un point à un autre, les diverses parties de l'objet sont successivement rendues distinctes, et la perception, au lieu de résulter d'un seul coup d'œil qui ne peut rendre distinctement visible qu'une petite partie de la surface, résulte de la comparaison de toutes les images qui sont successivement reçues dans les changements continuels de position des points de vision distincte.

Tout cela est vrai jusqu'à un certain point; mais le fût-ce entièrement, aucune apparence de relief ne se devrait manifester lorsque les yeux sont invariablement dirigés sur le même point d'une image binoculaire dans le stéréoscope. En faisant l'expérience avec soin, on trouvera, pourvu que les dessins ne s'étendent pas trop loin au delà des centres de la vision distincte, que l'image est encore vue unique et en relief lorsque ces conditions sont remplies. Si la théorie des points correspondants était vraie, nous aurions la conscience de la superposition des deux dessins; mais rien ne paraît de semblable. Les expériences suivantes sont également tout à fait contraires à cette théorie.

Tracez sur une feuille de papier deux lignes d'environ deux pouces de longueur, et inclinées l'une vers l'autre, comme dans la fig. 5 ; et, après les avoir fait coïncider en faisant converger les axes optiques en un point plus rapproché que le papier, regardez fixement l'extrémité la plus élevée de la ligne résultante, sans que les yeux s'en éloignent pour un moment : alors la ligne paraîtra unique et dans son propre relief, et une épingle ou un fil pourront être placés de manière à coïncider exactement avec elle; ou bien si, pendant que les axes optiques continuent à être dirigés vers l'extrémité la plus élevée et la plus voisine, on fait coïncider la pointe d'une épingle avec l'extrémité la plus éloignée, ou avec un point intermédiaire de la ligne résultante, la coïncidence demeurera exactement la même lorsque les axes optiques seront dirigés de manière à se rencontrer dans ce point. Les yeux se fatiguent quelquefois, ce qui rend la ligne double dans les parties qui sont en dehors du point de concours des axes optiques ; mais alors toute apparence de relief s'évanouit. On peut tenter la même expérience avec des figures plus complexes, mais il est nécessaire que les images ne s'éloignent pas trop des centres des rétines.

Une autre preuve éclatante que l'apparence de relief dans la vision binoculaire est un effet indépendant des mouvements des yeux, peut être fournie en imprimant sur les rétines le spectre oculaire des figures composantes. Dans ce but les dessins doivent être tracés en lignes fortement colorées sur un fond de couleur complémentaire, par exemple, des lignes rouges sur un fond vert, et vues soit dans le stéréoscope, soit au moyen de l'appareil fig. 9, comme pour les figures ordinaires, en ayant soin toutefois de fixer les yeux sur un seul point de la figure composée. Les dessins doivent être fortement éclairés, et, après un temps suffisant pour

(1) Nouvelle théorie de la vision, 1823.
(2) Traité de la science du devin, 48 ff I, p. 270.
(3) Nouveau système de chimie organique, t. II, p. 329.

Planche 1.

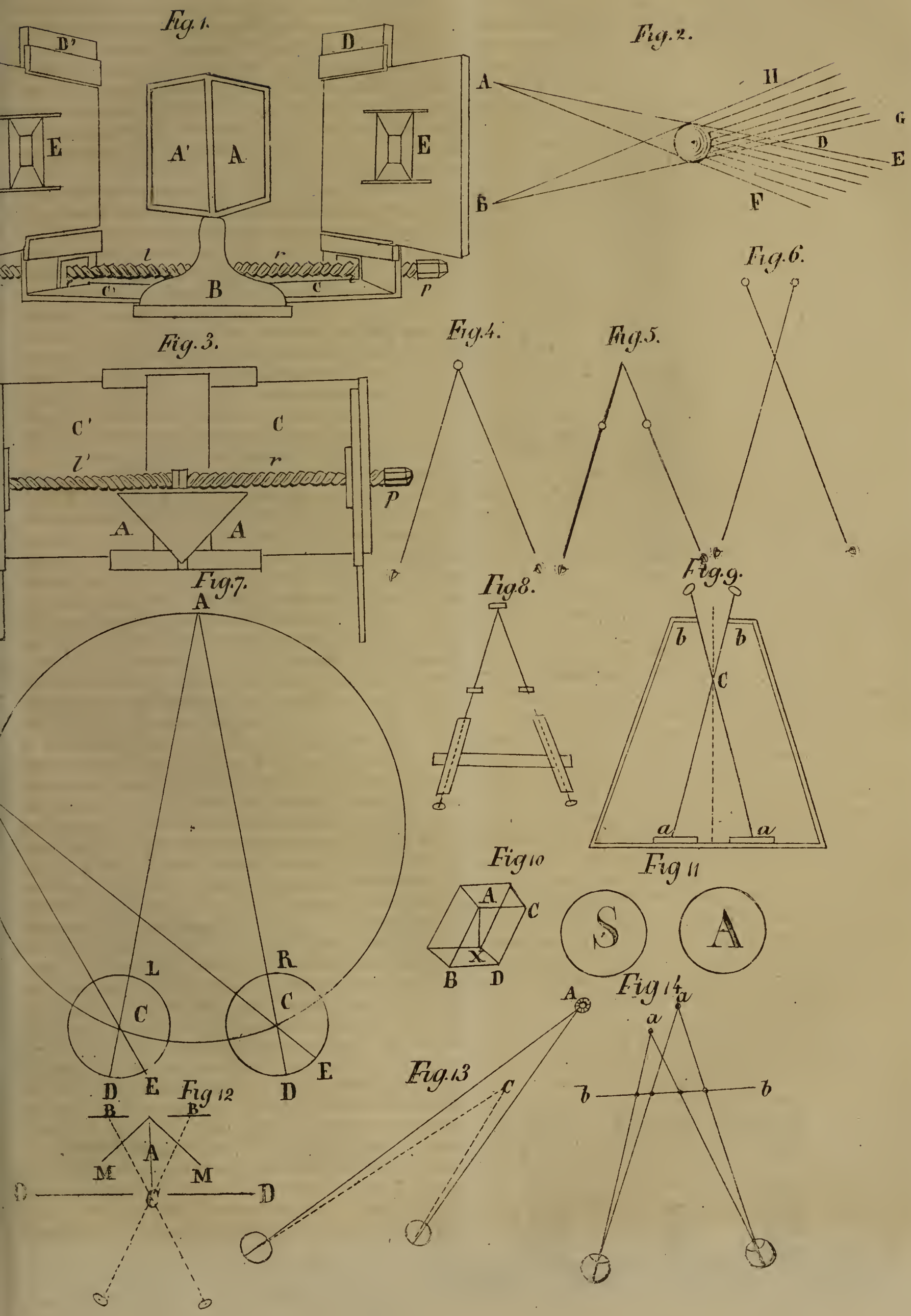


Fig. 1.
D'
D
E
A'
A
E
l
r
C'
B
C
p
Fig. 2.
A
B
H
G
D
E
F
Fig. 3.
C'
C
l'
r
p
A
A
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 7.
A
L
R
C
C
D
E
D
E
Fig. 8.
Fig. 9.
b
b
C
a
a
Fig 10
A
C
X
B
D
Fig 11
S
A
Fig 12
B
B
A
M
M
C
D
Fig. 13
A
C
Fig 14
a
a
b
b

Planche 2.

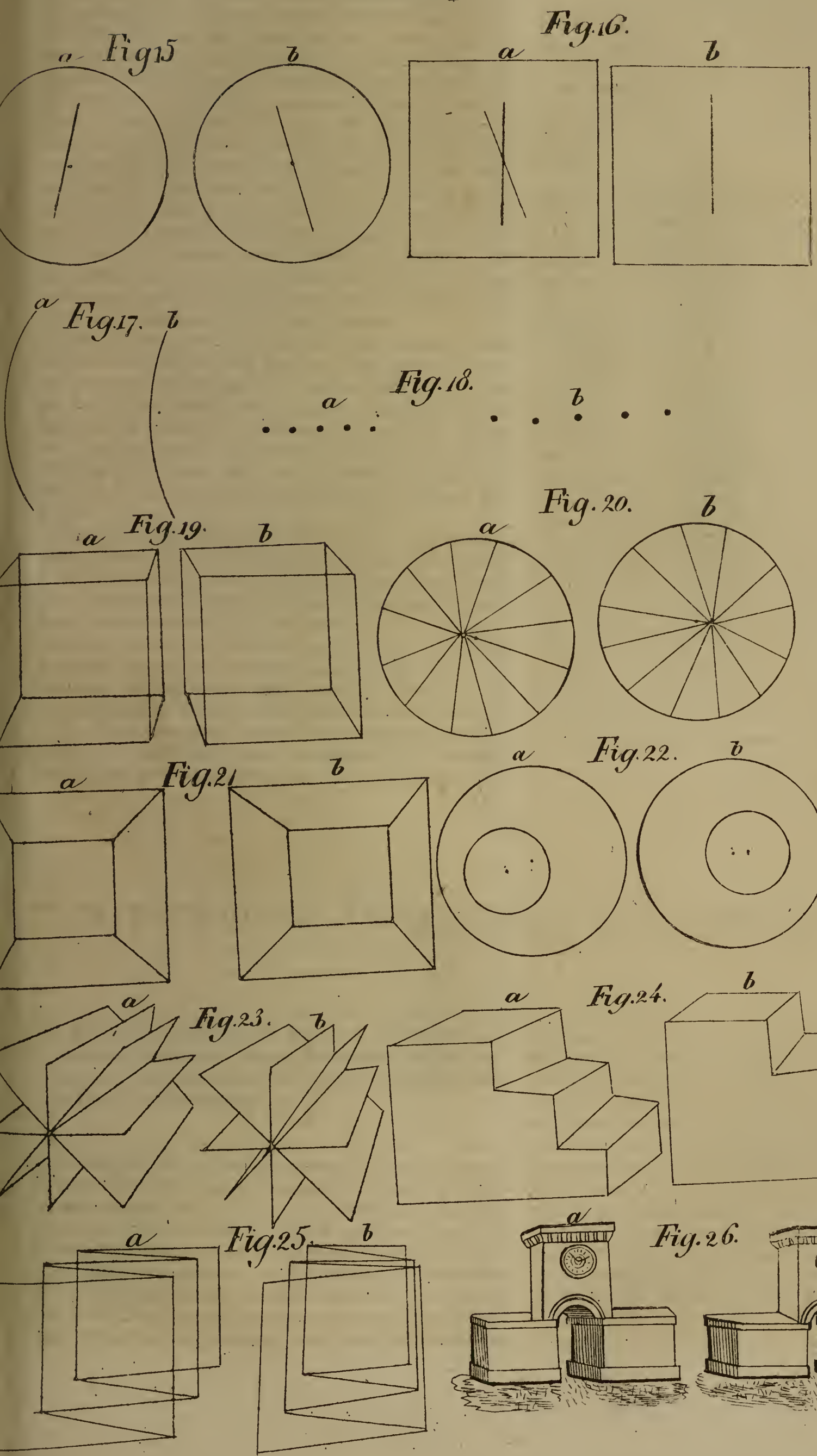


Fig. 15
a
b
Fig. 16.
a
b
Fig. 17.
a
b
Fig. 18.
a
b
Fig. 19.
a
b
Fig. 20.
a
b
Fig. 21
a
b
Fig. 22.
a
b
Fig. 23.
a
b
Fig. 24.
a
b
Fig. 25.
a
b
Fig. 26.
a
d

donner une forte impression du spectre sur la rétine, les yeux doivent être couverts avec soin, afin d'être préservés de toute lumière étrangère. Alors un spectre de l'objet en relief paraîtra devant les yeux fermés. On sait qu'un spectre imprimé sur un seul œil et vu dans l'obscurité paraît et disparaît souvent alternativement ; ces alternatives ne correspondent pas pour les spectres imprimés sur les deux rétines, et de là résulte un effet curieux : quelque fois le spectre de l'œil droit est vu seul, quelquefois c'est celui de l'œil gauche; et, aux moments où ils paraissent tous les deux ensemble, le spectre binoculaire se montre sous la forme d'un relief bien marqué. Comme dans ce cas les images ne peuvent changer de place sur les rétines, de quelque façon que se meuvent les yeux, les axes optiques pendant l'expérience correspondent seulement avec un seul point de chacune.

Lorsqu'un objet ou une de ses parties paraît ainsi en relief, pendant que les axes optiques sont dirigés vers un seul point de binoculaire, il est aisé de voir que chaque point de la figure qui paraît unique est aperçu à l'intersection des deux lignes de direction visible, dans lesquelles il est vu séparément par chaque œil, soit qu'elles se terminent ou non à des points correspondants des deux rétines.

Mais si nous voulions inférer de là que chaque point d'un objet en relief est vu par un seul coup d'œil à l'intersection des lignes de direction visible dans lesquelles il est aperçu par chaque œil séparément, nous serions dans l'erreur.

D'après cette supposition, les objets situés en avant ou au delà du point d'intersection des axes optiques ne devraient jamais paraître doubles ; et nous avons de nombreuses preuves du contraire.

La détermination des parties qui devront paraître doubles semble dépendre beaucoup des notions préalables que nous avons sur la forme que nous considérons. Sans doute pourra-t-on découvrir quelque loi ou quelque règle de la vision qui renferme toutes les circonstances limitées sous lesquelles se montre la vision unique des objets par l'impression des images sur des points non correspondants. J'ai tenté des expériences nombreuses pour atteindre ce but, et j'ai déterminé quelques-unes des conditions d'où dépend la vision unique ou double; mais j'en différerai pour le moment l'exposition.

Toutefois, assez de preuves ont été données pour démontrer que les lois de la direction binoculaire visible publiées jusqu'à ce jour sont trop restreintes pour être vraies. La loi d'Aguilonius n'admet la vision simple que pour les objets qui se trouvent sur le plan de l'*horopter ;* et celle des points correspondants portée à des conséquences inévitables, lesquelles furent méconnues de ses premiers partisans, plusieurs la croyant d'accord avec la loi d'Aguilonius, conduit à cette conculusion : que les objets ne paraissent uniques que lorsqu'on voit dans un cercle passant par les centres de la direction visible dans chaque œil, et le point de convergence des axes optiques. Ces deux lois ne peuvent se concilier avec la vision unique d'objets dont les points sont en dehors du plan dans le premier cas , et en dehors du cercle dans le second; et les expériences que j'ai énumérées mettent, je pense, hors de doute l'impossibilité d'expliquer par ces lois que des objets puissent dans ces circonstances se montrer uniques. Prouvât-on par la suite que tous les objets situés dans le plan ou dans le cercle susmentionnés sont vus uniques, et la preuve en serait difficile à fournir, à cause de la confusion des images latérales; la loi doit être modifiée en reconnaissant que les parties situées en dehors de ces objets ne paraissent pas toujours doubles.

(*Revue médicale*, octobre.)

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

9. *De l'état sanitaire de Paris pendant les six derniers mois ; de l'étude des maladies épidémiques et contagieuses et de l'application de la statistique à cette étude.*

L'année 1841 s'est offerte jusqu'ici sous l'aspect le plus favorable pour la santé publique. A peine a-t-on observé aux époques des différentes saisons quelques traces de ces accidents pathologiques qui reviennent tous les ans à peu près aux mêmes époques, mais avec plus ou moins d'intensité. Si même nous exceptons deux maladies qui ont pris l'apparence épidémique et l'ont conservée pendant quelques mois, nous ne trouverons dans les résultats auxquels nous avons pu arriver sur les affections régnantes du printemps et de l'été rien qui mérite réellement d'appeler l'attention du médecin et puisse l'éclairer dans sa pratique. La température basse et l'humidité qui ont régné pendant la plus grande partie du printemps et de l'été n'ont même exercé aucune influence défavorable sur le nombre des maladies ni sur leur gravité. Le relevé suivant, qui établit une comparaison entre le nombre des malades et des morts dans tous les hôpitaux de Paris , pendant cinq mois des années 1840 et 1841, fait trop pencher la balance en faveur de cette dernière année, pour que nous ne signalions pas cet heureux résultat, à quelque cause qu'on doive l'attribuer.

	Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris, 1840.	Morts.	Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris, 1841.	Morts.
Avril. . .	12,800	717	11,969	664
Mai. . . .	12,399	688	12.425	569
Juin. . .	12,279	563	11,918	530
Juillet. .	12,050	538	11,775	473
Août. . .	12,152	565	11,553	483
Totaux.	61,680	3,071	59,640	2,719

ou 1 mort sur 20 1/2 malad. ou 1 sur 21 2/3.

Ce léger bénefice dans le nombre et la gravité des maladies est, il est vrai, diminué par un excès de mortalité chez des vieillards des hospices de Paris, pendant les cinq mois de 1841, sur celle des mêmes mois de l'année dernière, et qui se manifeste par les chiffres suivants :

	Total des vieillards et infirmes des hospices de Paris en 1840.	Morts.	Total des vieillards des hospices de Paris en 1841.	Morts.
Janvier. .	—	—	11,371	331
Février. .	—	—	11,352	267
Mars. . .	—	—	11,673	267
Avril. . .	11,715	511	11,577	344
Mai. . . .	11,650	124	11,540	199
Juin . .	11,514	217	11,439	209
Juillet . .	11,369	171	11,570	183
Août. . .	11,453	157	11,414	179
	57,701	980	91,936	1,579

La différence que nous signalons ici dans la mortalité des hospices entre les années 1840 et 1841 est-elle le résultat de la différence de température entre les deux années ? Il nous paraît rationnel de l'attribuer à cette dernière cause. Si la température n'exerce, dans certaines limites, qu'une influence peu appréciable sur les maladies des adultes, il n'en est pas de même pour celles des vieillards, des infirmes et des enfants qui habitent les hospices. Combien n'avons-nous pas vu, en ville, de sujets atteints d'affections chroniques, empirer et même succomber sous l'influence de l'été froid et humide qui vient de s'écouler, et dont l'existence aurait été certainement prolongée, si la température avait été aussi élevée pendant la saison qu'elle l'est habituellement dans nos contrées ! S'il restait quelques doutes à cet égard, il suffirait de comparer, sur le dernier tableau, la mortalité des vieillards pendant les mois d'hiver (que nous n'avons indiquée que pour souvenir) avec celle des mois d'été, pour reconnaître l'action fâcheuse du froid sur les vieillards et les enfants, qu'il tue souvent sans production d'aucun phénomène pathologique appréciable.

Le tableau suivant nous fera connaître les principales variations qu'a éprouvées la température de l'atmosphère pendant les cinq mois dont il est question, et permettra d'apprécier la réalité de l'influence dont nous venons de parler.

	Avril. Maxim.	Avril. Minim.	Mai. Maxim.	Mai. Minim.
Moyenne du 1er au 10	+ 11,3	+ 3,7:	+ 22,5	+ 12,2
— 11 au 20	+ 11,3	+ 4,2:	+ 20,5	+ 9,9
— 21 au 31	+ 21,9	+ 10,2:	+ 24,7	+ 14,1
du mois.	+ 14,8	+ 10,1:	+ 22,6	+ 12,1

	Juin. Maxim.	Juin. Minim.	Juillet. Maxim.	Juillet. Minim.
Moyenne du 1er au 10	+ 19,6	+ 9,6:	+ 22,6	+ 13,5
— 11 au 20	+ 20,3	+ 9,7:	+ 20,2	+ 11,6
— 21 au 31	+ 21,7	+ 12,2:	+ 19,8	+ 12,4
du mois.	+ 20,5	+ 10,5:	+ 20,9	+ 12,4

	Août. Maxim.	Août. Minim.	Septembre. Maxim.	Septembre. Minim.
Moyenne du 1er au 10	+ 21,7	+ 12,8:	+ 23,2	+ 12,9
— 11 au 20	+ 22,4	+ 13,3:	+ 25,6	+ 14,7
— 21 au 31	+ 23,8	+ 13,1:	+ 21,3	+ 13,1
du mois.	+ 22,6	+ 13,1:	+ 23,4	+ 13,6

La fièvre puerpérale, qui avait pris, à l'hospice de la Maternité, pendant les premiers mois de l'année, une intensité si prononcée, a perdu, depuis nos dernières notes (Voy. *Gaz. Méd.*. 1841, p. 369), tout caractère épidémique, ainsi qu'il ressort des chiffres suivants, qui établissent la comparaison, pour le nombre des accouchements et des morts, entre les cinq mois correspondants de 1840 et 1841.

	1840. Accouchements.	1840. Morts.	1841. Accouchements.	1841. Morts.
Avril. . . .	341	18	285	46
Mai.	296	2	318	7
Juin. . . .	261	3	288	4
Juillet. . .	249	8	292	4
Août. . . .	268	12	273	6

Pendant les mois de juin et de juillet diverses affections ont pris un caractère fâcheux, qui consistait en une disposition des surfaces dénudées à passer à l'état de gangrène, disposition qui se manifesta spécialement chez les enfants et fut surtout observée dans les hôpitaux. A l'hospice des Enfants, chez plusieurs petit malades, des angines qui avaient débuté sous forme d'angines coenneuses, prirent tout à coup le caractère de l'angine gangréneuse, sans aucune cause appréciable, et amenèrent promptement la mort ; chez d'autres, la surface des vésicatoires qui avaient été appliqués pour quelqu'autre affection, de ceux surtout qui se trouvaient sur le tronc, fut frappée de gangrène. Dans ce dernier cas, la gangrène était toujours précédée d'une exsudation grisâtre, bourgeonnée, et souvent elle s'étendait d'une manière remarquable, envahissant d'abord les parties les plus voisines du vésicatoires Dans quelques cas la gangrène apparut spontanément sous forme de pustules gangreneuse et sur diverses parties du corps. Aussitôt que les signes de la gangrène commençaient à se manifester, les symptômes prenaient un caractère adynamique qui se prononc-

çait de plus en plus et ne tardait pas à amener la mort du malade.

Nous pourrions citer encore quelques états morbides qui se sont présentés trop fréquemment pour pouvoir être regardes comme simplement sporadiques, mais qui n'ont pas offert les caractères d'une constitution médicale très prononcée : telles sont des affections thoraciques les plus souvent catarrhales qu'on a observées pendant presque tout l'été, et quelques affections abdominales consistant le plus souvent en un simple flux diarrhéique plus ou moins intense, avec ou sans coliques, en arrivant chez quelques uns jusqu'à l'intensité de la dyssenterie, et qui ont été plutôt le résultat du froid assez vif qui s'est fait sentir pendant le mois de septembre, que de l'usage des fruits arrivés à une maturité incomplète auquel on les a généralement attribuées. Ces dernières affections, qui ont été assez fréquentes non seulement à Paris et sur de nombreux points de la France, ont régné aussi en Angleterre, où l'on paraît même avoir observé, sous les mêmes influences, quelques accidents cholériformes. Les cas qui se sont passés sous nos yeux ont cédé assez facilement à l'emploi des évacuants suivis promptement de celui des astringents. Dans quelques-uns cependant qui se sont montrés rebelles, surtout chez les enfants, les opiacés ont dû être continués pendant quelque temps, et combinés aux astringents et aux toniques. Mais les caractères épidemiques de ces affections ont été peu prononcés ; car elles nous ont paru se montrer, même dès le début, sous des formes trop diverses pour qu'on pût y reconnaître l'action évidente d'une constitution epidémique.

Cette étude de constitutions médicales et des épidémies, qui serait d'une si haute importance, est, dans l'organisation médicale actuelle, à peu près impossible ; l'influence des dernières doctrines, celles qui dominent aujourd'hui, tendent beaucoup à déprécier l'utilité de ces études, et les efforts individuels auxquels elles restent confiées seront le plus souvent impuissants, ou ne produiront que des résultats peu avantageux. L'Académie de médecine, du ressort de laquelle ces études ressortent, engagera en vain ses membres correspondants à étudier avec soin les épidémies soumises à leur observation et à en adresser un rapport exact et circonstancié ; c'est en vain qu'il y a, dans chaque département, des médecins chargés spécialement d'étudier les épidémies, elles passent trop souvent sans avoir été sérieusement étudiées, et souvent sans aucune publicité. A Paris même, on pourrait quelquefois croire que ces constitutions ou ces épidémies passent inaperçues, tant il est rare qu'elles soient l'objet de discussions, même dans les grands corps médicaux, où sont en nombre les médecins des hôpitaux et les praticiens les plus occupés. On ne peut donc rien espérer, en France, des institutions actuelles pour le progrès de cette partie importante des sciences médicales.

En Angleterre, où de vastes recherches statistiques sont opérées, par les ordres du gouvernement, sur diverses branches du service public, et dont plusieurs sont intimement liées aux progrès des sciences médicales, une institution vient d'être fondée, qui ne peut manquer, d'ici à quelques années, de fournir de précieux documents sur la marche et le développement des maladies épidémiques qui ravageront à l'avenir le sol de la Grande-Bretagne. Cette institution (l'enregistrement), dont nous présenterons prochainement les premiers résultats, a, dans chacune des paroisses de l'Angleterre et du pays de Galles, des agents chargés de recueillir, sous un contrôle très-actif, des notes sur chaque mariage, chaque naissance et chaque mort. Toutes ces notes, transmises à Londres, où est le centre de cette administration, et portant des détails sur tous les points que l'on a eu le desseins d'éclairer, sont mises en ordre, et des hommes spéciaux les analysent et en font ressortir les faits généraux dans un travail qui doit être publié tous les ans. Les résultats obtenus de l'analyse des notes sur les morts de la deuxième moitié de 1837 et de l'année 1838 entière, offrent déjà des faits d'une grande importance, et qu'on peut dire nouveaux, sur l'apparition, le développement et la marche des affections epidémiques qui ont régné en Angleterre pendant ce temps. A l'aide de ces documents, on suit les épidémies sur tous les points où elles se développent, et à toutes les époques de leur existence passagère, on apprécie facilement l'influence qu'exercent sur elles les saisons, le climat, la température, la vie des villes et des campagnes, enfin, toutes les circonstances générales auxquelles on a jusqu'ici attribué une action pathogénique, et on arrive à la connaissance des lois auxquelles ces maladies sont soumises.

Nous ne nierons pas cependant que les documents sur lesquels s'opèrent en ce moment les recherches en Angleterre, ne concernant que les cas terminés par la mort, ne peuvent jeter beauboup de lumière sur les affections, qui présentent rarement ce mode de terminaison, et même doivent laisser dans l'obscurité plusieurs points de l'étude des maladies les plus graves. Mais une œuvre, pour n'être pas parfaite, n'en a pas moins droit à l'approbation. Les résultats obtenus, d'abord incomplets, ne tarderont pas à s'améliorer, et fourniront plus tard des indications précieuses sur les moyens propres à prévenir ou à ralentir le développement de ces affections.

Exprimons l'espoir que le gouvernement français, auquel le système de centralisation, si puissamment organisé, offrirait des ressources précieuses pour ces sortes de recherches, en appréciera la valeur et ne tardera pas à en provoquer de semblables ; dans le cas contraire, l'étude des maladies épidémiques, abandonnée en France aux efforts individuels, y resterait stationnaire au milieu des progrès des notions voisines.

L'application de la statistique à la médecine a reçu, il est vrai, parmi nous, un rude échec depuis peu de temps ; mais les prétentions exagérées entretenues sur ce point, et qui n'ont amené que des erreurs ou des désappointements, n'ont pu détruire ce qu'il y avait de réellement utile dans cette application à quelques-uns des points des études médicales. Qu'au lieu de vouloir trouver dans l'étude des chiffres des indications pour la pratique particulière, on n'y cherche que des résultats généraux

que l'on ne donne aux faits sur lesquels reposent toutes ses opérations que la valeur qu'ils ont réellement, et la statistique, qui déjà, entre les mains des Français, a produit de si beaux résultats, pourra contribuer encore pour beaucoup aux progrès des sciences médicales. Elle seule même pourra nous éclairer sur les grandes questions que soulève l'étude des maladies épidémiques et contagieuses.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 46.)

---

100. *Nouvelles recherches sur la diathèse purulente;* par le docteur JEAN-PAUL TESSIER.

(Suite fin.)

§ 2°. *De la diathèse purulente au point de vue des doctrines médicales.*

Des doctrines médicales qui ont servi à expliquer la formation des abcès symptomatiques de la diathèse purulente, l'une est empruntée à l'iatro-mécanique, l'autre résulte d'un syncrétisme mécanico-vitaliste. La première a été formulée clairement par M. Velpeau, la seconde par Dance et M. Cruveilhier. Nous allons les passer en revue successivement.

§ 1er. *Théorie de M. Velpeau.* — Velpeau (*Médecine opérat.*, Introduct., p. 50. *Abcès métastatiques.*)

« Quant au mécanisme de ces abcès eux-mêmes, « j'ai dit que le pus, traversant les tissus, peut s'y « déposer en nature, ou bien irriter par sa pré- « sence divers points des viscères, et former ainsi « autant de foyers phlegmasiques et purulents. Mais « Dance repousse le premier de ces deux modes et « semble même en constater la possibilité. Malgré « les raisons et les objections qu'il allègue, je ne « puis me rendre à son opinion. S'il lui semble que « le sang, rendu plus fluide, altéré par le pus, com- « mence toujours par produire une petite ecchymose « et bientôt après une véritable inflammation, avant « de faire naître un abcès, mécanisme que j'ai indi- « qué moi-même pour la majorité des cas, il faut « qu'il n'ait pas vu, comme moi, dans le cerveau, « la rate, les reins, les poumons, le foie, de ces « foyers qui ne sont pas plus gros qu'un grain de « chénevis, et autour desquels l'examen le plus « attentif, le plus minutieux, ne permet pas de re- « connaître la moindre lésion des éléments organi- « ques; ni de ces collections purulentes que j'ai si « fréquemment rencontrées dans le tissu cellulaire « ou dans certaines articulations, et qui, après « avoir été vidées et lavées, ne laissent pas la plus « légère trace de leur existence au milieu des tis- « sus. Si les veinules qui viennent se rendre à cha- « que foyer purulent sont quelquefois enflammées, « il s'en faut certainement beaucoup qu'elles le « soient toujours, et qu'on puisse admettre la phlé- « bite capillaire, indiquée par M. Cruveilhier, comme « constante en pareil cas. Au surplus, dès qu'on « accorde le dépôt d'une molécule de matière mor- « bide, il n'y a aucune raison de refuser la même « faculté à un plus grand nombre. Le pus, mêlé au « sang, est une matière hétérogène qui tend conti- « nuellement à s'en séparer, à se porter au dehors « par une voie quelconque. Tant qu'il est renfermé « dans les gros vaisseaux et que la circulation n'a « rien perdu de son activité, il ne peut s'épancher « nulle part; mais dans le système capillaire, où le « mouvement des liquides n'est plus qu'une sorte « d'oscillation, où s'opèrent la nutrition, les diver- « ses sécrétions, mille combinaisons nouvelles, tant « de compositions, de décompositions, ses éléments « ne doivent-ils pas faire effort pour s'agglomérer, « se réunir et cesser de marcher avec les autres flui- « des? Cette agrégation toute chimique, une fois » commencée, ne va-t-elle pas constituer un centre « d'attraction pour les molecules analogues? En « faut-il davantage pour déterminer le noyau d'un « abcès? Il n'y a rien là de plus difficile à compren- « dre que dans la formation de la bile, de l'urine, « de la salive, du mucus. Ici, ce sont des sécrétions « et des exhalations naturelles; là, au contraire, « une sécrétion ou une exsudation pathologique. « Voilà toute la différence. »

Examen de cette théorie.

« Le pus, dit M. Velpeau, mêlé au sang, est une « matière hétérogène qui tend continuellement à « s'en séparer, à se porter au dehors par une voie « quelconque. »

Comment M. Velpeau peut-il concilier cette tendance du pus à se porter au dehors avec la tendance du même liquide à se porter au dedans, puisque, suivant ce professeur, la présence du pus dans le sang est le résultat d'une absorption d'un passage du dehors au dedans? A cela M. Velpeau nous repondrait sans doute qu'il n'est pas plus difficile de supposer deux tendances qu'une seule, car du moment où le pus peut avoir une tendance, il peut en avoir deux, trois et même un plus grand nombre... Mais aussi pourquoi se mêler quand on a tant d'envie de se séparer?

« Tant qu'il (le pus) est enfermé dans les gros « vaisseaux, et que la circulation n'a rien perdu « de son activité, il ne peut s'épancher nulle part (1); « *mais*, dans le système capillaire...., ses éléments « ne doivent-ils pas faire effort pour s'agglomérer, « se réunir et cesser de marcher avec les autres « fluides? »

Pas le moins du monde. Le moyen de se porter au dehors n'est pas de se réunir et de s'agglomérer; au contraire, le moyen de passer facilement est de passer un à un.

« Cette agrégation toute chimique, une fois « commencée, ne va-t-elle pas constituer un centre « d'attraction pour les molécules analogues? »

Que vient faire ici la chimie? Comment! voilà du pus qui tend à se porter au dehors; mais ce pus

---

(1) Pourquoi cela, s'il tend à se porter au dehors par une voie quelconque, ainsi que le prétend M. Velpeau?

n'est pas du pus, ce sont les éléments du pus qui tendent à s'agglomérer, et ces éléments, en s'agglomérant, vont faire une agrégation *toute chimique*, et cette agrégation toute chimique va constituer un centre d'attraction. Se passe-t-il en définitive de la physique ou de la chimie? C'est ce qu'il m'est impossible de comprendre. J'en appelle au lecteur.

« En faut-il davantage pour former le noyau d'un « abcès? » Non assurément. Tout cela, au contraire, est de trop. Les noyaux d'abcès n'ont jamais suivi cette marche dans leurs évolutions. « Il n'y a rien « là de plus difficile à comprendre que dans la for- « mation de la bile, de l'urine, de la salive, du mu- « cus. Ici, ce sont des sécrétions et des exhalations « naturelles; là, au contraire, une sécrétion ou « une exsudation pathologique. Voilà toute la dif- « férence. »

Ne dirait-on pas vraiment que M. Velpeau a trouvé dans le sang les *éléments* de la bile, de l'urine, de la salive, du mucus? Ne dirait-on pas que son explication iatro-mécanique des sécrétions naturelles a cours dans la science, que c'est un de ces axiomes qu'on pose, qu'on ne discute pas, quand au contraire tout le monde sait que les principes élémentaires des sécrétions ne se trouvent pas tous formés dans le sang, et que la mécanique est impuissante devant l'explication du moindre des phénomènes de cet ordre?

Enfin M. Velpeau nous parle d'exsudation pathologique. C'est très-commode. Mais il a oublié, après avoir agrégé chimiquement ses particules purulentes, de les faire passer hors des vaisseaux. Il nous a parlé, il est vrai, de tendance à se porter au dehors. Mais il ne dit pas comment ces phénomènes se passent.

§ 2e. *Théorie de Dance* (1).

« Il existe, dans la très-grande majorité des cas « où l'on observe les abcès *métastatiques*, une in- « flammation veineuse qui prend naissance autour « de la plaie ou de la lésion primitive, et cette inflam- « mation est la véritable voie dans laquelle le pus « s'engendre, et par là (2) il s'introduit dans la « circulation; de là aux organes; il n'arrive point « en nature, mais se mêle d'abord avec le sang, dont « il altère (3) la composition : ce sang, ainsi vicié, « pénètre dans les parenchymes les plus riches en « vaisseaux sanguins (4), et commence (5) par les « capillaires veineux, comme étant les princi- « paux (1) et les derniers (2) aboutissants de cette « circulation purulente. A ces inflammations toutes « spéciales (3) comme leur cause, et qu'on ne peut « point assimiler à la phlébite primitive (4), succè- « dent des abcès. Ces abcès ne sont si *multiplés* (5) « que parce que la circulation peut en disséminer « les éléments dans plusieurs parties du même or- « gane et dans plusieurs organes à la fois; si res- « semblants (6) par leur forme, leur disposition « et la matière qu'ils contiennent, que parce qu'ils « proviennent des mêmes germes contenus acci- « dentellement dans le sang; si *rapides* (7) dans « leur marche et leur conversion en suppuration, « que parce que ces germes (8), formés d'un mé- « lange de sang et de pus, deviennent autant d'épi- « nes (9) inflammatoires, qui en appellent (10) « d'autres de même nature, et dont le nombre « peut ainsi aller dans une progression toujours « croissante. Ils ne sont d'ailleurs si remarquables « par leur indolence (11) et l'obscurité de leurs « symptômes que parce que les matériaux de la « suppuration contenus à l'avance dans les fluides « abrègent et modifient sans doute le travail inflam- « matoire nécessaire pour les amener à une évolu- « tion complète (12). C'est, comme on le voit, dans « un état purulent des fluides que nous plaçons la « condition principale de la formation des abcès « métastatiques, et avant tout dans l'inflammation « veineuse qui amène cette sorte d'infection. Mais « il peut se faire que les fluides soient ainsi altérés « sans que l'inflammation veineuse en soit la cause « primordiale, ce qui paraît arriver dans la variole « ou autres affections miasmatiques, dans le cours « desquelles on voit survenir des suppurations « brusques en diverses parties du corps, mais non

(1) Dictionnaire de médecine, en 25 vol. Article abcès métastatique, t. I, p. 98.

(2) Nous avons démontré dans notre premier mémoire que cette introduction était impossible. (Voyez l'Expérience, année 1838).

(3) Il serait au moins intéressant de nommer cette prétendue altération.

(4) Ce sang doit aussi pénétrer dans les parenchymes les plus pauvres.

(5) Que veut dire commencer? Que commence ce sang? Pourquoi commencer par les derniers aboutissants, au lieu de commencer par les premiers?

(1 et 2) Pourquoi les capillaires veineux sont-ils les principaux et les derniers aboutissants?

(3) Pourquoi ces inflammations seraient-elles toutes spéciales? Le pus n'est point une cause spécifique d'inflammation, témoin l'histoire des plaies qui suppurent.

(4) Pourquoi ne peut-on point assimiler ces inflammations à la phlébite primitive? Il fallait au moins une seule raison.

(5) Mais quand il n'y a pas d'abcès ou qu'il n'y en a qu'un, que devient cette explication mécanique?

(6) Les abcès symptomatiques de la diathèse purulente ne se ressemblent pas. Quelle analogie y a-t-il entre un phelgmon diffus, une péritonite ou une pleurésie purulente, et les petits noyaux purulents du poumon, qui servent (à tort) de type à cette description?

(7) Cette rapidité n'est pas constante; par exemple, les arthrites symptomatiques de la diathèse purulente, dont les symptômes ont débuté depuis plusieurs jours dans les articulations, sont quelquefois encore bornées à une simple exsudation de synovie, lors de l'autopsie.

(8 et 9) Si ce sont des germes, à quoi bon en faire des épines?

(10) Pourquoi ces germes ou ces épines en appelleraient-ils d'autres?

(11) L'indolence n'est pas plus constante que les autres symptômes déjà mentionnés.

(12) Toute cette explication repose sur de pures hypothèses et des faits mal observés. D'ailleurs elle n'explique qu'incomplétement les phénomènes; or, une explication incomplète est radicalement nulle.

« avec cette uniformité de siége et de caractères « propres à celles qui proviennent originairement « de la phlébite. Plusieurs fois nous avons pensé que « les parotides, notamment, que l'on observe dans le « cours de ces affections et qui sont si remarquables par leur apparition subite et leur prompte « terminaison en suppuration, tenaient à une cause « analogue à celle des abcès métastatiques. Les dissections ont même appris que dans un certain « nombre de cas, les veines parotidiennes étaient « le siége de mal. »

J'ai exprimé dans quelques notes les objections de détail que l'on peut faire à cette théorie. L'ensemble n'en est pas plus solide : en effet, il ne suffit pas d'affirmer en science, il faut prouver. Les *opinions* ne comptent pas, il n'y a que les *travaux* aient qui cours. Or avant de dire : « *C'est dans un « état purulent des fluides que nous plaçons la « condition principale de la formation des abcès « métastatiques* » il eût été nécessaire de démontrer que cet état purulent précède la formation des abcès, et de le prouver directement, *de visu*. Au lieu de cela, Dance a recours à « *l'inflammation veineuse qui amène cette sorte d'infection.* » Or, nous avons surabondamment prouvé dans notre premier travail que ce mécanisme était impossible; et cette impossibilité du passage direct du pus des veines suppurées dans le sang, nous l'avons démontrée par les observations de Danse lui-même. (Voyez *l'Expérience*, 1838. — *Examen des doctrines de la phlébite et de la résorption purulente.*) Dance croit que cet état purulent des fluides peut exister dans les affections miasmatiques, sans phlébite préalable. Mais c'est encore là une pure hypothèse. Si tous ceux qui ont des parotides suppurées avaient le sang purulent, ils auraient des symptômes que Dance attribue à cet état, et j'en appelle à tous les praticiens pour résoudre cette question. Je pourrais citer tous les médecins depuis Hippocrate qui ont écrit sur les parotides, suites de fièvre grave. Sauf des cas exceptionnels, les symptômes locaux et généraux ne se ressemblent pas. D'ailleurs, pourquoi *cet état purulent* va-t-il produire *des parodites* à la suite des fièvres graves, *des pustules dans les fosses nasales* à la suite de la morve, *des abcès du poumon et du foie*, *etc.*, à la suite des blessures, des opérations et des couches? C'est là une difficulté difficile à comprendre au point de vue de l'iatro-mécanique. Est-ce que le calibre des capillaires varie dans chacune des maladies susceptibles de produire l'état purulent des acides? Dance a bien compris ces différences; pourquoi donc cherche-t-il à rattacher des effets divers à des causes analogues?

Cette théorie est mécanique en ce sens que Dance explique *mécaniquement* l'état purulent des fluides par le sang; elle est vitaliste en ce qu'il admet l'inflammation comme engendrant chaque abcès métastatique. Or, il y a de ces abcès qui se forment sans inflammation, et le mécanisme de la purulence des fluides est faux. Cette théorie est donc fausse au point de vue des doctrines médicales. Mais elle n'est pas seulement fausse en doctrine; elle repose sur une erreur de langage. En effet, si l'on appelle ces abcès *métastatiques*, il faut qu'on puisse leur appliquer la définition du mot *métastase*. Pour cela il faudrait que la phlébite primitive disparût lorsque ces abcès se forment, ce qui n'a jamais été observé ni par Dance, ni par d'autres médecins. Ces abcès ne peuvent s'appeler qu'*infectieux* ou *diathésiques*, suivant que l'on admet une infection ou une diathèse. Dans aucun cas, dans aucune théorie, on ne peut, sans violer la langue, les appeler *métastatiques*.

Théorie de M. Cruveilhier.

Cette théorie s'éloigne à plusieurs égards des précédentes; elle nie les faits acquis jusqu'ici à la discussion, par exemple toute différence entre les abcès idiopathiques ordinaires et les abcès qui nous occupent. Elle n'admet qu'une cause possible d'abcès *diathésiques*, la phlébite suppurée et le passage immédiat du pus dans le sang. Enfin elle est appuyée sur des expériences directes. Nous ne suivrons pas l'ordre d'exposition de M. Cruveilhier, mais l'ordre logique des idées quant à leur généralité. (Voyez l'article PHLÉBITE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, tom. XII.)

La proposition qui domine tout le système de M. Cruveilhier est ainsi conçue (voy. *loc. cit.*, p. 675) : « Plusieurs observations et expériences « que j'ai communiquées à la Société anatomique et « consignées dans ses bulletins, un grand nombre « de faits que j'ai pu observer depuis, m'ont con- « duit à cette idée émise de la manière la plus ex- « plicite (*Bibliot. méd.*, t. IV, 1826), *que le « système capillaire veineux est le siége de l'in- « flammation; que toute inflammation, de quel- « que nature qu'elle soit, est une phlébite capil- « laire.* »

Une seconde proposition lie la précédente à l'histoire des abcès *diathésiques* et résume avec elle la doctrine de M. Cruveilhier; la voici : « Tout corps « étranger introduit en nature dans le système vei- « neux détermine, lorsque son élimination par les « emonctoires est impossible, des abcès viscéraux « entièrement semblables à ceux qui succèdent aux « plaies et aux opérations chirurgicales, et ces « abcès sont le résultat d'une phlébite capillaire de « ces mêmes viscères. (*Loc. cit.*, p. 649.) »

Ainsi, phlébite suppurée, passage du pus dans le sang, arrêt du pus dans les capillaires veineux, phlébite capillaire, tels sont les différents termes de l'évolution de la diathèse purulente. Laissons de côté la phlébite suppurée et le passage du pus dans le sang, que nous savons n'avoir pas lieu, pour examiner ce qui est relatif exclusivement à la formation des abcès.

M. Cruveilhier pose une règle générale, une loi. « *Tout* corps étranger, dit-il, introduit... etc.. puis M. Cruveilhier, trente pages plus bas, dément sa loi. « Tout le temps que l'altération cancéreuse « est limitée par des caillots, la maladie reste locale; « mais lorsqu'arrive le mélange du suc cancéreux « et du sang (1), alors un sang cancéreux pénètre

(1) M. Cruveilhier aurait dû au moins nous dire comment

« tous les tissus; ce suc, à la manière du pus ou « de tout autre corps étranger, est retenu dans le « système capillaire de divers organes, foie, pou- « mon, rate, muqueuses, peau, tissu osseux, « muscles, et alors, en vertu ne l'irritation toute « spéciale qu'il détermine, en vertu peut-être *d'une « disposition générale inconnue* (1), *ce n'est pas « du pus qui est sécrété*, mais du suc cancéreux; « d'où l'infection générale. »

Si ce n'est pas du pus qui est sécrété, pourquoi dire : *tout* corps étranger... produit des abcès viscéraux, etc...? Voilà déjà la règle générale en défaut, et M. Cruveilhier en contradiction avec lui-même.

Mais je n'attache pas une grande importance à ces erreurs logiques. On peut mal raisonner et cependant avoir raison. Passons à la partie expérimentale, sur laquelle M. Cruveilhier appuie sa loi générale.

« Il importait, dit ce professeur, de déterminer « ce que devient le pus des phlébites locales, lors- « qu'il se trouve dans le torrent de la circulation. « Mais comme le pus ne peut être reconnu lorsqu'il « est mêlé au sang, il fallait donner à la démon- « stration toute la rigueur des expériences physi- « ques, trouver un liquide qu'il fût possible de « reconnaître et de suivre dans les plus petites mo- « lécules, quelque part qu'elles fussent nichées; ce « liquide, c'est le mercure. »

Il faut avouer que la rigueur des expériences physiques serait fort problématique, si les physiciens se permettaient les mêmes licences que M. Cruveilhier, si, par exemple, sous prétexte que tel ou tel corps est difficile à reconnaître ou à se procurer, ils en étudiaient un autre; jamais on n'a fait l'histoire du verre pour celle du diamant; jamais on n'a remplacé de l'or par du plomb dans les expériences physiques, et M. Cruveilhier remplace du pus par du mercure, et il en conclut quelque chose! Autant valait remplacer les globules du pus par de petits grains de plomb; c'eût été aussi logique. Mais n'importe! supposons que le pus des phlébites locales puisse passer dans le sang, supposons que le mercure et le pus soient identiques dans leur nature et leur action, supposons tout pour arriver aux faits qu'invoque M. Cruveilhier : c'est là seulement que nous jugerons sa théorie.

« Or, dit-il (loc. cit., page 651), si l'on parvient « à faire pénétrer du mercure dans le système vei- « neux, quelle que soit la voie de cette pénétra- « tion (le système abdominal excepté), toujours le « mercure est retrouvé dans les poumons. Ainsi in- « jectez du mercure dans la jugulaire, dans la veine « fémorale, vous verrez, si le mercure est en « grande quantité, l'animal devenir extrêmement « oppressé et succomber en douze, dix-huit ou « vingt-quatre heures, dans un état assez analogue « à celui qu'on observe dans l'asthme ou dans le « catarrhe suffocant. Vous trouverez la totalité du « mercure dans les poumons, qui seront non pas « enflammés, mais engoués de sérosité que vous « exprimerez par flots. Si la quantité du mercure « est moindre, l'animal survivra plus longtemps à « l'expérience, et vous trouverez alors un foyer « d'induration rouge autour de chaque globule « mercuriel; plus tard des foyers purulents, plus « tard des foyers tuberculeux ou plutôt un mélange « de pus et de matière tuberculeuse; enfin, lors- « que l'animal survit deux à trois mois, vous trou- « verez des tubercules au centre desquels est un « globule mercuriel. »

A ces recherches de M. le professeur Cruveilhier, je pourrais en opposer d'autres entreprises sur le même objet au Collége de France par M. Bernard, et dont il résulte que le mercure est trouvé habituellement au centre d'une fausse membrane, véritable kyste qui l'isole des portions voisines du poumon. Ces faits, beaucoup plus conformes à ce que nous savons sur l'action des corps étrangers dans les tissus vivants, que ceux de M. Cruveilhier, ont une grande valeur. Cependant nous n'en tiendrons nul compte, pour ne voir que ceux avancés par l'honorable professeur d'anatomie pathologique. Et bien! nous le demandons à M. Cruveilhier lui-même, quelle analogie y a-t-il entre les lésions qu'il vient de décrire et les abcès viscéraux, suites de plaies et d'amputations? Aucune, ni pour l'état général, ni surtout pour l'état local.

Voilà, il faut l'avouer, des expériences bien commodes. Veut-on donner une théorie de la formation des tubercules, on les invoque; des abcès viscéraux symptomatiques de la diathèse purulente, on les invoque encore. Qui veut trop prouver ne prouve rien. Nous ne trouvons dans les lésions produites par le mercure, ni les caractères de l'évolution tuberculeuse, ni les caractères de l'évolution suppurative. Ces faits ne peuvent éclairer que l'histoire des corps étrangers dans les poumons. Injectez des corps solides ou du mercure dans les bronches, vous trouverez des lésions identiques. Quel rapport tout cela a-t-il avec la question des suppurations symptomatiques? Aucun.

Quant à la formation même des abcès viscéraux, voici la théorie de M. Cruveilhier :

« Les abcès viscéraux sont idiopathiques, c'est- « à-dire, formés au sein même des viscères par un « travail inflammatoire : ce sont de gros tubercu- « les aigus, suite de pneumonies ou d'hépatites lo- « bulaires, ainsi que l'a très-bien dit, dans sa « dissertation inaugurale, M. Blandin. »

Ne semblerait-il pas qu'on ait tout expliqué quand on a dit *hépatites ou pneumonies lobulaires?* Expliquez-nous donc aussi ces vastes suppurations du tronc et des membres, ces péritonites purulentes générales comme j'en ai observé un exemple à la suite d'une extirpation de lipôme siégeant au bras gauche, ces pleurésies simples ou doubles, ces épanchements de pus dans les grandes et les petites articulations. Les abcès lobulaires sont une variété des suppurations qu'on observe à la suite des blessures et des couches, mais ils n'en sont, *une fois pour toutes*, qu'une variété. J'en ai vu dans

ce mélange se fait, car il me semble que le suc cancéreux, lorsqu'il existe, n'est pas à la surface des cancers, quel que soit leur siége, mais dans les mailles du tissu cancéreux. Mais peu importe ici...

(1) C'est-à-dire d'une diathèse, qui pour se localiser n'a pas besoin de ces migrations impossibles de sucs hypothétiques.

le foie du volume du poing; dans le poumon j'en ai observé, il y a trois jours, un qui occupait les trois quarts inférieurs du poumon gauche, qui coïncidait avec une phlébite purulente diffuse au bras et à l'avant-bras gauches, et un épanchement purulent dans l'articulation scapulo-humérale du même côté, sans aucune autre altération pathologique que celle du sang, en voie de tranformation purulente... Mais enfin supposons-les tous lobulaires et sphéroïdes : eh bien ! M. Cruveilhier pose en principe que *toute* inflammation a son siége dans les capillaires veineux, puis il explique la forme sphéroïde et la circonscription parfaite de l'inflammation et de l'abcès (suite de phlébite) par le siége de l'inflammation dans les capillaires veineux. Il y a encore ici une contradiction : en effet, si toute inflammation siége dans les capillaires veineux, celle-ci doit siéger autre part, car elle ne ressemble pas aux autres. Je m'arrête... le lecteur est à même de juger si les doctrines syncrétistes valent mieux que la doctrine purement mécanique de M. Velpeau, et si cette dernière peut soutenir un examen tant soit peu approfondi.

On me reprochera peut-être de faire de la critique. J'accepte ce reproche; mais à mon tour je demanderai à ceux qui me l'adresseraient, comment au dix-neuvième siècle, après les travaux de Haller, de Bichat, de Meckel, de Scarpa, de Béchard, sur les os, après les travaux de Hunter et de tous les anatomo-pathologistes modernes sur l'inflammation, il a pu se rencontrer des médecins pour affirmer, 1° que *les aréoles du tissu spongieux des os sont des veines!* 2° *que l'inflammation est une phlébite capillaire!* et d'autres médecins pour les croire. Cela suffit pour caractériser une époque. Ce sont pourtant les seuls fruits qu'ait portés l'*iatromécanique* appliquée à l'histoire de la diathèse purulente.

Comme conclusion, nous dirons : l'iatromécanique, qui prend le nom d'*humorisme moderne*, est une doctrine également fausse et quant à la pathogénie et quant à l'étiologie d'une maladie générale, à formes extrêmement variées, qu'on ne peut pas définir ni appeler autrement que *diathèse purulente*.

Dans un prochain travail, nous exposerons la théorie des diathèses, considérées comme un groupe de maladies générales.

(*L'Expérience*, n° 226.)

---

101. *Mémoire sur les hydatides ou vers vésiculaires de l'encéphale;* par F. A. Aran, interne des hôpitaux.

Sous le nom d'hydatide, je comprends toute vésicule membraneuse (n'importe dans quelle partie du corps animal elle se trouve), remplie d'un liquide aussi limpide que l'eau, ou bien d'une matière plus épaisse, et ne faisant pas partie de la structure normale de l'organe dans lequel elle se rencontre. Il est impossible d'en donner une définition plus précise si on veut qu'elle s'applique à tous les cas. Aussi j'adopte celle-ci, qui appartient à Luedersen (*De hydat. Dissert. inaug.* Gott., 1808).

Les anciens auteurs n'attachaient pas au mot hydatide le sens que nous y attachons aujourd'hui : on trouve décrite sous ce nom, dans Paul d'Egine en particulier, une tumeur des paupières, qui ne contient pas de sérosité, mais seulement une matière graisseuse. Cependant il n'est pas douteux que les plus anciens auteurs connaissaient les hydatides. Ainsi on trouve dans Hippocrate le passage suivant : *Gignitur etiam* (*hydrothorax*) *ubi tubercula in pulmone exorta fuerint et aquâ repleta inpectus eruperint. Quod autem etiam a tuberculis oriatur hydrops, mihi argumento sunt boves, canes et sues. Ex his enim quadrupedibus maxime pulmonis tubercula oriuntur, quæ aquam continent.* » (*De internis aff.* Cap. 24. Ed. Charter. T. VII, p. 656.

Laennec a rapporté un passage d'Arétée de Cappadoce, où il est dit qu'une espèce d'hydropisie est formée par de petites vessies remplies de liquide (*Mémoire sur les vers vésiculaires.* 1804). Galien parle aussi de petites vésicules pleines d'eau que l'on trouve dans le foie des animaux qu'on sacrifie (*Comm. in aph.*, 54, *lib.* 7).

Tel fut l'état des connaissances sur les hydatides jusqu'au dix-septième siècle, époque où l'invention du microscope permit aux physiologistes d'étudier avec plus de soin la nature de ces êtres singuliers. Ce fut Hartmann qui, en Allemagne, démontra le premier, en 1686, la nature animale des hydatides, qu'il désigna sous le nom de *vermes vésiculaires.* (*Ephém. nat. cur.* An. IV, dec. 2. obs. 73.)

Plus tard, Tyson (1), Malpighi, Pallas (2), Zeder (3), Rudolphi (4), complétèrent les recherches de Hartmann, et les hydatides finirent par occuper une place dans l'histoire naturelle. On a proposé plusieurs divisions de ces entozoaires. Luedersen a présenté en 1808 une classification beaucoup plus médicale que scientifique, dans laquelle il a pu faire entrer tous les cas connus d'hydatides. Mais la classification proposée par Rudolphi a prévalu.

Si les hydatides du thorax et de l'abdomen sont connues dès la plus haute antiquité, il n'en est pas de même des hydatides de l'encéphale. L'anatomie pathologique des centres nerveux a été si longtemps dans l'enfance que l'on ne doit point s'étonner que l'on possède si peu d'observations de cette maladie. Cependant on trouve, dans les anciens recueils, quelques observations qui paraissent se rapporter aux hydatides du cerveau. Une des plus anciennes appartient, je crois, à Panaroli. Elle a été rapportée dans le *Sepulchretum* de Bonet (t. I, p. 118, obs.

---

(1) Philosophical transactions. 1691.

(2) Voyez surtout De infestis intra viventia viventibus, dans Dissertationum thesaurus de Sandifort, et Miscellanea zoologica.

(3) Erster Nachtrag zur Naturgeschichte der Eingeweidwuermer von Goeze, etc. Leipsick, 1800.

(4) Vermium intestinalium, 1801.

51), la voici : « Un prêtre perd connaissance à la fin de la consécration de la messe, et meurt apoplectique quelques temps après. La tête ayant été ouverte, on trouva, sur le corps calleux, *quelques vessies rondes*, blanches, remplies d'un liquide pituiteux, que l'on regarda comme la cause de la mort. » (Dom. Panaroli. *Jatrolog.* Pentecosta I, obs. 17, 15.) Malheureusement cette observation, comme d'ailleurs la plupart de celles qui ont été recueillies à cette époque, manque de détails suffisants et est décrite si légèrement, qu'il est impossible de dire quelles étaient les conditions des hydatides que l'on a trouvées, et à quel genre elles appartenaient. Il faut arriver jusqu'à Fischer (1), Treutler (2), Brera (3), Steinbuch (4), Himly (5) et Laennec, pour avoir des données précises sur l'histoire pathologique et scientifique des hydatides du cerveau. Je dois dire cependant qu'il existe, dans les annales de l'art, une observation qui appartient à Wepfer (*de apoplexiâ*, p. 410, 1658), et qui est tout à fait digne de la réputation de son auteur.

Si l'histoire naturelle des hydatides du cerveau laisse peu à désirer, il n'en est pas de même de la pathologie de cette affection : un heureux hasard m'a fourni l'occasion d'en voir deux exemples ; et lorsque je voulus recourir aux auteurs pour y trouver quelque chose, quelque fil au milieu de ce dédale, je ne rencontrai que chaos et obscurité. Les articles des dictionnaires, même les plus récents, ne contiennent que quelques données vagues, quelques observations écourtées. J'ai pensé qu'il serait utile, tout en faisant connaître les deux observations qui m'appartiennent, de rassembler tous les faits que la science possède, de les rapprocher, de les comparer, et de tâcher d'en faire sortir, je ne dis pas des conclusions générales (car je ne l'espérais pas, et on n'en possède pas sur d'autres affections du cerveau bien mieux connues), mais j'espérais pouvoir faire connaître toute la partie anatomique de cette maladie, et mettre sur le chemin de la découverte de ces entozoaires.

Les vers vésiculaires qu'on a trouvés dans l'encéphale sont de plusieurs espèces ; ce sont dans leur ordre de fréquence :

1° Les *polycéphales* ou *cœnures* (Fischer, Blainville), vers vésiculaires, consistant en des vessies de forme et de grandeur variables, remplies d'un fluide séreux, et sur lesquelles se trouvent irrégulièrement répandus les animaux composants, réunis par groupes plus ou moins considérables.

2° Les *échynocoques*, vers vésiculaires, qui consistent en une seule vessie, et sont pourvus d'une couronne de crochets sans suçoirs. Quelques auteurs ajoutent que cette vessie sert de support commun à plusieurs corps d'une figure piriforme, rétrécis vers le lieu de leur insertion, qui se fait à la face interne de la vessie. Ce dernier caractère rapproche les *échynocoques* des *cœnures*. La présence des suçoirs et le mode d'insertion des petits corps établissent seuls la différence. Le mot *échynocoque* (ἐχῖνος κοκκος) indique la forme ronde et la présence des aspérités, qui caractérisent cet animal.

3° Les *cysticerques*, qui se distinguent par leur corps allongé, cylindrique et conoïde, terminé antérieurement par une tête rétractile, pourvue d'une double couronne de crochets, et de quatre papilles ou suçoirs, et terminée postérieurement par une vessie dite caudale, de forme et de grandeur variables. Treutler en a rencontré qui n'avaient qu'un seul suçoir, et qu'une couronne simple, composée de six crochets. Il est fort probable, comme le fait observer Rudolphi, que leur tête n'était pas entièrement développée, et cette observation seule ne suffirait pas pour faire admettre une seconde espèce de cysticerque du cerveau d'une structure différente.

4° Les *acéphalocystes*, vers vésiculaires, consistent en une simple vessie sphérique ou ovoïde, remplie d'un liquide plus ou moins transparent, sans corps, ni tête, ni fibres apparentes.

Les *polycéphales* ont été observés pour la première fois dans le cerveau de l'homme, par Fischer (*de vermibus intestinalibus*. 1788). Zeder a rencontré dans le ventricule cérébelleux et dans le troisième ventricule, une douzaine de polycéphales, dont quelques-uns présentaient le volume d'un œuf de poule. Une de ces hydatides particulièrement se trouvait dans le trajet de l'aqueduc de Sylvius et contenait elle-même trois petites hydatides. Au côté droit du quatrième ventricule, la substance cérébrale était durcie et de couleur jaune dans un point. La jeune fille qui fait le sujet de cette observation se heurtait contre les objets qui l'entouraient, lorsqu'elle tentait de rester debout ; la mémoire était perdue, l'impression de la lumière insupportable. La maladie avait débuté par des maux de tête et des tournoiements, dont l'augmentation fut graduelle. Je regrette de ne pouvoir placer sous les yeux de mes lecteurs une observation plus détaillée, mais il n'en existe pas dans la science. Ce sont les polycéphales qui, se développant en grand nombre dans le cerveau des animaux herbivores et du mouton en particulier, produisent la maladie vertigineuse, vulgairement appelée *tournis*. M. Blainville, qui a observé dernièrement des polycéphales dans le cerveau d'un chamois mort du tournis, les décrit ainsi : « A l'œil nu, les animaux qui étaient répandus sur la vésicule mère ressemblaient à de petits points cartilagineux, qui commenceraient à se développer à la surface externe d'un organe ; mais au miscroscope ils formaient de petites têtes blanches, en partie rentrées ou sorties, portées sur un col plus ou moins long, et pourvues d'une couronne de crochets, terminale, et de quatre suçoirs arrondis. (Traduction de Bremser, p. 527.)

Les *échinocoques* ont été rencontrés pour la première fois dans le cerveau de l'homme par Morrah. Cet auteur rapporte qu'une fille de seize ans avait, toutes les trois semaines, deux accès de syncope très-violents. A la fin, elle perdit la vue, l'ouïe

(1) De tœniâ hydatigenâ et de vermibus. Lipsiæ, 1788.
(2) De novâ specie tœniæ hydatigenæ (albo-punctata) in plexu choroïdeo inventâ, 1793.
(3) Lezioni medico-practice sopra i vermi. Pavia, 1804.
(4) Commentatio de tœniâ hydatigenâ, 1802.
(5) Hufelands Journal, t. XXIX, p. XII.

et l'odorat; elle devint ensuite paralytique de tout le côté gauche. On trouva dans l'hémisphère droit du cerveau une hydatide de la longueur de trois pouces et de la largeur de deux. Je ne connais pas d'observation plus intéressante que celle que Rentdorf a publiée en 1822 dans son excellente thèse (*de hydatidibus præsertim in cerebro humano repertis*. Berolini). Je regrette que les limites de ce mémoire ne me permettent pas de publier dans toute son étendue une observation recueillie avec autant de soin. En voici l'analyse:

Obs. I. — Wilhelmine Ohle, de Berlin, est née, en 1811, de parents bien portants ; à 7 ans, elle a eu une variole qui paraissait si peu grave, que la mère n'a pas appelé de médecin ; au quatorzième jour de la maladie, la jeune fille, qui était convalescente, est prise subitement de convulsions tellement fortes, qu'elle perdait connaissance. Au bout de quelques jours, ces convulsions disparaissent. La même année elle fait une chute sur la tête, et éprouve de la céphalalgie, qui disparaît le lendemain. Quant à l'intelligence de la malade, elle a continué à se développer jusqu'à l'âge de 8 ans. Depuis la mère a remarqué que sa fille faisait moins de progrès que ses compagnes ; cependant elle a continué à jouir d'une bonne santé ; seulement elle était assez sujette à des affections gastriques. Au mois d'avril de l'année passée, étant âgée de 8 ans, elle éprouva, après un refroidissement, des douleurs dans le pied gauche, qui la faisaient boiter ; au bout d'un mois, de la douleur dans le bras gauche, qui l'empêchait de se servir de ce membre.

Elle entre, le 7 juillet, à l'Institut Polyclinique de Berlin.

Etat actuel. Pouls un peu plus fréquent qu'à l'état normal ; tête un peu plus volumineuse, proportionnellement, que le reste du corps. La malade ne peut se servir ni de son bras ni de sa jambe gauches; les sens sont en bon état. L'état général est satisfaisant au bout de trois jours, sous l'influence d'un traitement actif ; rémission légère dans les douleurs et dans la paralysie.

Le 12 juillet. La malade remue plus facilement son pied, mais elle ne peut se servir que très-peu de son bras. Symptômes d'embarras gastrique, disparaissant sous l'influence d'un éméto-cathartique.

Le 19. La malade, fixée dans son lit, a été prise de cinq accès convulsifs, qui occupaient surtout le bras et le pied gauches, et dont chacun a duré un quart d'heure ; pendant ces accès les pouces sont fléchis dans la paume de la main ; il y a perte complète de connaissance. L'accès est suivi d'une grande lassitude et d'un accablement du corps (convulsions épileptiques) ; pouls inégal et petit ; urines claires et limpides. Le soir, cessation des convulsions ; trois vomissements ; douleur à la région cardiaque; langue jaunâtre. — *Un vomitif.*

Le 22. Nouvelles convulsions ; la paralysie du bras gauche augmente ; les pupilles sont dilatées.— Amélioration pendant quelques jours.

Le 23 août. Impossibilité de remuer le bras et la jambe gauches; la vue est trouble ; les pupilles sont immobiles.

Le 1er septembre. Accidents de fièvre gastrique, qui disparaissent sous l'influence d'un vomitif; mais l'amblyopie persiste, malgré un traitement actif.

Le 4. Nouvelles convulsions épileptiformes; sterteur considérable ; pouls inégale, faible et petit ; urines pâles ; constipation. Le lendemain, nouvelles convulsions, après lesquelles la paralysie et l'amblyopie augmentent ; la malade urine dans son lit, sans s'en apercevoir, et sa faiblesse est telle qu'elle ne peut se mettre sur son séant.

Le 7. Disparition de l'incontinence d'urine; ventre libre ; mouvements des membres paralysés plus faciles : la vue n'est pas meilleure.

Le 14. L'amblyopie augmente de plus en plus ; les pupilles ne se contractent plus, même sous l'influence de la lumière la plus vive ; l'œil offre l'aspect de l'amaurose ; mémoire très-affaiblie.

Le 16. L'odorat et l'ouïe deviennent plus obtus ; à peine si le malade reconnaît sa mère ; elle parle de sa mort prochaine ; le pouls est fréquent, faible surtout du côté gauche, avec quelques intermittences. Les parties paralysées sont un peu plus froides que celles du côté opposé.

Le 3 octobre. La somnolence et l'affaiblissement de l'intelligence augmentent ; la peau sèche, le pouls fréquent.

Le 15. Convulsions épileptiques, qui disparaissent après trois vomissements spontanés.

Le 31. Bâillements fréquents, respiration inégale et stertoreuse, pouls intermittent et fréquent.

Le 1er novembre. Les excrétions sont involontaires; l'assoupissement et la perte d'intelligence ont augmenté ; les yeux sont affaissés, la peau est pâle, la mémoire est perdue.

Le 6. Perte de la parole ; les parties paralysées sont insensibles et toujours plus froides que les parties saines. Sterteur.

Pendant les deux derniers jours qui précèdent sa mort, la malade éprouve des convulsions, des grincements de dents, de la sterteur. Elle recouvre connaissance quelques instants avant de mourir, et annonce sa fin prochaine. Mort au milieu de convulsions, le 9 novembre.

Examen du cadavre. Tête proportionnellement un peu volumineuse ; cerveau un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, d'une couleur jaune pâle et contenant des vaisseaux sanguins dilatés, mais non remplis de sang ; l'hémisphère droit du cerveau était d'un tiers plus volumineux que le gauche ; la dure-mère du côté droit ayant été incisée et enlevée, la portion du cerveau qui ferme supérieurement le ventricule latéral n'a qu'une demi-ligne. Cette substance étant enlevée, on aperçoit une si grande quantité d'hydatides, que la cavité du ventricule est successivement dilatée, et qu'on ne peut distinguer sa corne antérieure. Toutes ces hydatides sont renfermées dans une bourse commune, qui ne peut être détachée du ventricule à cause de sa ténuité. Après avoir enlevé les dydatides, on reconnaît que la portion du cerveau qui constitue le ventricule latéral manque presque entièrement ; car de l'un et de l'autre côté, elle n'a qu'une épaisseur de trois à quatre lignes, et le fond du ventricule paraît formé par une membrane tendineuse. Les deux plexus choroïdes sont pâles et exsangsues : le droit est un peu plus gros que le gauche ; les vaisseaux sanguins ne sont gorgés de sang dans aucun point ;

le ventricule latéral contient une once de sérosité; il s'en écoule un peu du canal vertébral. Les nerfs olfactifs, optiques, trijumeaux, auditifs, sont parfaitement sains à leur sortie du crâne, ainsi que la glande pituitaire. La glande pinéale ne contient pas de concrétions sablonneuses.... Le sac qui contenait les dydatides était d'un blanc de lait semblable à de la lymphe plastique pellucide et de l'épaisseur d'une demi-ligne environ; il ne renfermait rien autre chose que de l'eau avec des vésicules. Le nombre des hydatides extraites du ventricule latéral était de 71; elles n'avaient elles-mêmes aucune odeur et différaient beaucoup de grosseur; quelques-unes avaient un diamètre d'un pouce et demi; les autres étaient plus petites. La plupart égalaient la grosseur d'un grain de raisin de Malaga; elles étaient globuleuses, ovales ou puriformes. Toute la mase des hydatides, avec le sac qui les contenait, pesait deux livres trois gros, et la plus grosse des hydatides deux onces deux gros; les plus petites vésicules avaient leur enveloppe un peu plus epaisse que les grosses. Elles étaient toutes indépendantes les unes des autres, sans aucune trace de vaisseaux, de fibres ou de ligaments qui les réunît. Le fluide qu'elles contenaient était limpide et pellucide; la face interne ne paraissait pas partout de la même couleur; quelques parties étaient blanchâtres, et celles qui étaient couvertes par des échinocoques tout à fait blanches. En agitant un peu les dydatides, les petits animaux se détachaient de la membrane interne, et se répandaient dans le fluide. (Rentdorf, *mém. cité.*)

Les *cysticerques* ont été décrits pour la première fois en 1788, dans le cerveau de l'homme, par Fischer. qui les avait rencontrés dans le plexus-choroïde; Treutler en a décrit en 1793 une espèce qu'il croyait nouvelle, et qu'il avait également trouvée dans ce plexus; en 1804, Brera en a rencontré également dans le même point; à la même époque, Laennec en a trouvé dans la couche gauche du nerf optique. Enfin il existe cinq autres observations, dont trois appartiennent à M. Calmeil et deux à M. Nivet. Les deux observations suivantes donneront, je l'espère, une idée exacte de la nature de ces vers vésiculaires et des symptômes qui en décèlent l'existence.

Obs. II. — L., ancien tanneur, âgé de 47 ans, maigre, grand, ayant la figure bourgeonnée, s'adonne pendant longtemps au travail, évite les excès, et fait preuve d'une intelligence saine. Plus tard, L. contracte l'habitude de boire, change de profession, abuse du coït. Il y a 18 mois, le penchant pour les femmes devint excessif, et cet homme fait des excès journaliers, quittant une maîtresse pour passer à une autre; il a eu une affection syphilitique traitée par le mercure.

Il y a six semaines, le malade éprouva un besoin continuel de dormir, présenta quelques tremblements des mâchoires, et commença à délirer. On l'oblige à rester au lit, et on lui fait prendre de la décoction d'orge. Le 20 juillet il entre à la maison royale de Charenton, dans la salle des indigents.

1er jour. Indifférence remarquable; le malade marche librement, et il peut descendre seul de son lit pour aller à la garde-robe; il porte sans difficulté ses bras à la tête; figure maigre, profondément altérée; pupilles dilatées; tremblements des lèvres, des membres thoraciques, sortes de soubresauts dans les tendons; sensibilité peu vive, se manifestant d'une manière plus marquée, lorsqu'on lui projette de l'eau froide sur la peau. Réponses obscures, insignifiantes; la langue rouge, sèche, fendillée; soif vive; appétit nul; ventre et épigastre indolents à la pression; point de vomissements, point de constipation, pas de dévoiement (diagnostic douteux, grave). — Diète. — Orge gommée, 2 p.

2e jour. Dès qu'on abandonne le malade à lui-même, il parle seul à haute voix, tire ses couvertures, cherche autour de lui avec la main comme s'il voulait saisir quelque chose; lorsqu'on lui adresse la parole, son attention est fixée, et il répond avec ordre aux questions qu'on lui adresse; les réponses ne méritent du reste aucune confiance. Toux, crachats épais, visqueux, non sanguinolents; battements du cœur, sensibles dans une grande étendue, précipités, tumultueux; pouls très-fréquent, dépressible.

4e jour. Délire continuel. L. parle beaucoup, roule sous ses fesses et sous son dos ses couvertures, rend ses déjections dans son lit, cherche à se lever, ne tient aucun compte des avis qu'on lui donne, ne reconnaît personne; sommeil nul; nulle conscience de son état; faiblesse extrême; mêmes symptômes que les jours précédents.

5e jour. Le malade est maintenu dans son lit, à l'aide d'une camisole; même délire, tremblements généraux; soubresauts dans les tendons; pouls précipité, petit. Fin prochaine. Mort le 6e jour.

Autopsie du cadavre. Deux cuillerées de sérosité s'écoulent de l'arachnoïde; légère infiltration séreuse du tissu lamelleux sous-arachnoïdien; à gauche, dans ce même tissu lamelleux, entre la méningine et la méningette, nous rencontrons, vis-à-vis la partie moyenne de l'hémisphère, un ver vésiculaire, gros comme un pois. La pie-mère s'enlève sans difficulté. Sur le lobe moyen du côté gauche, entre deux circonvolutions, nous trouvons un second ver vésiculaire, entièrement libre. A quelque distance de là, non loin du lobe postérieur, nous apercevons une troisième vésicule, de la grosseur d'un grain de raisin. Cette vésicule, qui paraît entièrement sphérique, est transparente et enchâssée dans la substance cérébrale. L'une de ses faces est cependant découverte, et fait saillie au niveau des circonvolutions; l'autre face est enveloppée dans un kyste, où elle se trouve logée comme dans une petite poche. En pressant sur le kyste, l'hydatide est expulsée au dehors. En l'examinant, on voit qu'elle ressemble à une petite vessie membraneuse, remplie de liquide, terminée par une sorte de col ou de goulot cylindrique, charnu, vivant, susceptible de s'allonger et de se contracter sur lui-même. Ce cavitaire m'a semblé offrir tous les caractères du *cysticerque ladrique*, ou *tænia finna* de Gmélin. Deux cysticerques libres s'échappent du fond d'une circonvolution de l'hémisphère droit. La substance grise contient deux globules arrondis et comme gélatineux, qu'on isole facilement de leur kyste. Enfin nous trouvons deux autres cysticerques : l'un d'eux fait saillie au dessous de la membrane ventriculaire,

entre la couche optique et le corps strié; l'autre est logé profondément, entre les deux tubercules quadrijumeaux du côté gauche. La substance grise du cerveau est légèrement colorée en *lilas clair;* il faut un œil très-exercé pour saisir cette nuance. Substance blanche, légèrement injectée; quelques petites masses tuberculeuses dans les poumons, et quelques points ramollis, traces de péritonite; foie graisseux; injection du jéjunum (Calmeil. *Journal Hebdomadaire*, t. I, p. 44).

On trouvera dans l'observation suivante des détails plus circonstanciés sur la structure anatomique de ces vers vésiculaires.

Obs. III.—Un homme qui avait travaillé au blanc de céruse et qui avait eu quatre fois la colique de plomb, entra à l'hôpital Beaujon. La maladie actuelle a débuté, il y a neuf jours, par des douleurs vives dans les membres. Bientôt après perte de l'appétit, coliques légères, selles naturelles; les jours suivants, nausées, coliques vives sans constipation. Le soir de son entrée, cet homme offre l'état suivant: la face est pâle, un peu grippée, la sensibilité et la contractilité musculaires diminuées, la parole traînante, les réponses nettes et justes. L'haleine saburrhale, les dents noires, la langue naturelle; l'épigastre douloureux, le ventre retracté; une seule selle depuis son entrée; il se plaint d'éprouver de la douleur dans la gorge, une grande faiblesse, des étourdissements lorsqu'il se met sur son séant.

Le délire et l'agitation continuent les jours suivants; le 22, la respiration s'embarrasse, la sensibilité générale est diminuée et le malade succombe.

A l'autopsie on trouve quatorze kystes disséminés régulièrement à la surface des lobes du cerveau. Le cerveau est intact dans toute son étendue, même autour des kystes. Le cervelet et la moelle épinière paraissent sains. Voici les caractères des cysticerques que nous avons trouvés chez Joret: 1° parmi les kystes, les uns sont placés dans l'épaisseur des muscles, d'autres dans le réseau de la pie-mère; un seul dans l'épaisseur de la substance blanche du cerveau. La plupart se sont développés dans la substance grise des hémisphères. 2° Un kyste celluleux ou cellulo-fibreux, dont l'épaisseur et la densité varient beaucoup, enveloppe le kyste hydatique. Tantôt cette première membrane est mince et translucide; tantôt elle est plus épaisse et opaque; mais, dans aucune des tumeurs, elle n'adhère à la vessie caudale. 3° Le kyste hydatique, qu'on a nommé caudal, est transparent, se déchire avec facilité; on remarque, sur une de ses faces, un point opaque, qui marque l'endroit par lequel le cysticerque sort de la vessie caudale. La vessie caudale est remplie d'une sérocité transparente ou légèrement opaline, donnant des flocons blancs lorsqu'on fait bouillir ce liquide. Son volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noisette. Si l'on ouvre la vessie on y trouve un petit corps opaque, ressemblant à un petit embryon, qui n'est autre chose que le cysticerque, retraité dans la vessie caudale, qui lui fournit une gaîne qui l'enveloppe. Si, au lieu d'ouvrir la vessie, on la comprime, on fait sortir le corps de l'entozoaire hors du kyste. Si la pression est plus forte, on renverse la gaîne fournie par la essie, et l'on voit que l'animal adhère par sa queue à cette gaîne. Vers l'extrémité libre du cysticerque, on aperçoit, en regardant de près, une petite fente par laquelle sort la tête lorsqu'on presse le corps. Si l'on examine au microscope un cysticerque qui ne tient plus à la vessie que par sa queue, et qui est complètement enveloppé, on voit que son corps est fusiforme, qu'il offre dans toute son étendue des stries ou des rides transversales, et qu'il se continue sans ligne de démarcation avec le col. Cette dernière partie se termine par un renflement nommé tête, sur laquelle on remarque quatre éminences ou suçoirs *tournées en haut*, et une saillie centrale nommée trompe, de laquelle partent, en rayonnant, les stries noires qu'on dit être des poils. La longueur des cysticerques que nous avons étudiés était de quatre ou six lignes, abstraction faite de la vessie caudale. (Nivet. *Archives générales de Médecine*. 1839.)

Le genre *acéphalocyste* a été formé en 1804 par Laennec; je ne parlerai pas des nombreuses divisions qu'il a établies, parce que cet ingénieux observateur n'y attachait lui-même que peu d'importance, et parce qu'elles n'ont aucune utilité pratique. Les *acéphalocystes* se présentent sous deux formes bien tranchées que je vais faire connaître:

Obs. IV. — Marie Mutel, âgée de 13 ans et demi, entra à l'hôpital des enfants le 25 janvier 1837, atteinte d'un idiotisme à peu près complet et de cécité. Les renseignements que put nous donner son père furent les suivants: cette petite malade, après avoir joui d'une parfaite santé depuis sa naissance, commença à éprouver de fréquents maux de tête pendant les mois d'octobre et de novembre 1836; ils se dissipèrent au commencement de décembre. Mais le 25 de ce mois, dans la nuit, elle fut prise tout à coup d'une violente céphalalgie, de convulsions générales, sans délire ni fièvre. A partir de cette époque, la vue commença à se perdre, et vers le 2 ou 3 janvier la cécité était complète. C'est également depuis cette époque qu'elle perdit la vivacité et l'intelligence qui lui étaient naturelles, et qu'elle tomba dans un affaissement qui a été constamment en augmentant jusqu'à l'époque de sa mort. Dans l'intervalle de temps qui sépara l'invasion de la maladie de son entrée à l'hôpital, elle ne remuait que difficilement, répondait à peine aux questions qu'on lui adressait, et fut prise plusieurs fois d'accès analogues au premier, accompagnés de pleurs et de cris.

A la visite du 26 janvier 1837, elle présenta l'état suivant: la malade est plongée dans un affaissement complet; elle répond à peine, avec une voix traînante, aux questions qu'on lui adresse; presque immobile, elle ne remue et ne change que difficilement de place; la cécité est complète, les pupilles dilatées, les yeux ouverts; elle offre complétement, en un mot, l'aspect d'une idiote. Le thorax et l'abdomen sont sains.

Le 28 janvier, après l'application de deux cautères à la nuque, elle fut prise, devant nous, de son premier accès; et comme ses accès se sont tous ressemblés, en voici la description; la petite malade commençait par jeter des cris; ses bras étaient agités de convulsions, auxquelles succédait presque immédiatement la contracture des extrémités supérieures et inférieures, en même temps que de tous

les muscles de la région vertébrale ; la conséquence de cette contraction était la flexion du rachis en arrière et l'aspect d'un tétanos général. Pendant tout ce temps, la connaissance était perdue, la sensibilité générale diminuée, mais non éteinte : elle ne répondait à aucune question. Le pouls se ralentissait et tombait à 50 et même 40 pulsations par minute. Le phénomène précurseur de l'accès qui se montra le plus constamment, fut la céphalalgie : cinq à six fois seulement elle s'accompagna de vomissements. La durée de chaque accès était de deux à trois minutes : le plus long fut de vingt minutes ; lorsqu'il avait cessé elle éprouvait ordinairement une céphalalgie qui mettait trois ou quatre heures à se dissiper. La sensibilité ne revenait que peu à peu, et on observait quelquefois des hallucinations : c'est ainsi qu'elle a dit plusieurs fois qu'elle pouvait distinguer les objets, tandis qu'il n'en était rien, comme je m'en suis assuré. A la suite de chaque accès, elle retombait dans la torpeur qui lui était habituelle.

C'est en présentant de temps en temps de tels accès épileptiformes que la malade est restée deux mois à l'hôpital. Leur fréquence, au lieu d'augmenter, a plutôt diminué avec son séjour ; ils se sont, du reste, montrés fort irrégulièrement, car la première quinzaine de son arrivée, elle en était atteinte presque tous les jours et souvent même deux fois par jour ; ensuite ils se sont éloignés, se montrant tantôt tous les deux ou trois jours, tantôt tous les quatre ou cinq ; une fois, elle a resté dix jours sans en être atteinte.

Le traitement employé pour combattre cette singulière maladie a été le suivant : plusieurs applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, cautères à la nuque, calomel à dose purgative pendant huit jours, lavements avec la valériane et le musc ; chaque accès était en outre combattu par les sinapismes, le sirop d'éther, etc. Ce traitement n'a paru influencer en rien la marche de la maladie.

Le 18 mars, elle fut reprise de diarrhée, et commença à laisser aller sous elle ; peu à peu elle s'affaiblit, fut affectée de paralysie des extrémités inférieures du rectum et de la vessie. Le coma devint plus profond. Elle continuait même à manger d'une manière fort gloutonne ; enfin le 25 mars, la respiration s'embarrassa, et elle mourut.

Autopsie 42 heures après la mort. Indépendamment de kystes hydatiques volumineux dans les poumons, le foie et le mésentère, après avoir incisé la dure-mère, on aperçoit, à la surface du cerveau, à la réunion du tiers antérieur avec le tiers moyen de l'hémisphère gauche de cerveau, une membrane transparente, d'un pouce carré à peu près d'étendue et recouverte par la pie-mère et l'arachnoïde. Autour d'elle, la substance cérébrale s'avance et se termine en s'amincissant jusqu'à cessation à peu près complète. Cette membrane saillante correspondait à une légère dépression anomale à la face interne des os du crâne. Le kyste contenait à peu près huit onces d'un liquide, semblable au blanc d'œuf, un peu visqueux, transparent et ne tenant en suspension aucun flocon blanchâtre. L'examen au microscope nous démontra l'existence de globules, qui en apparence étaient semblables, et de même volume à peu près que les globules du sang ; ce liquide était contenu dans un kyste transparent, d'un quart de ligne à peu près d'épaisseur, et si peu consistant, qu'il s'est déchiré à la première traction. A la face interne de cette membrane existaient des grappes blanchâtres, fort adhérentes, au nombre de quinze à vingt, et que l'examen à la loupe m'a montrées être formées par une agglomération de vésicules hydatiques de nature albumineuse, et contenant un liquide analogue à celui du grand kyste. Par sa face externe, le kyste cérébral n'est séparé de la substance blanche du cerveau que par un liquide très-épais, visqueux, rougeâtre, et présentant dans quelques points un état plus concret, un commencement d'organisation ; la partie la plus externe de cette membrane demi-liquide, immédiatement en rapport avec le cerveau, était plus solide, plus organisée, et présentait l'apparence d'une membrane cellulo-vasculaire, molle, facilement déchirable : sa cavité, creusée dans l'hémisphère gauche, et qui occupait la place de la substance cérébrale anéantie, était longue de quatre pouces, large de deux et occupait tout le lobe antérieur et la moitié du lobe moyen de cet hémisphère ; elle commençait à un pouce de son extrémité antérieure et se terminait à trois pouces de la postérieure. La substance cérébrale, qui formait les parois de cette cavité, était saine, blanche et très-peu épaisse ; celle qui la séparait de la base du cerveau, du ventricule latéral gauche et du ventricule moyen, n'avait à peu près qu'une demi-ligne ou une ligne d'épaisseur ; quant à celle qui couvrait la partie supérieure du kyste, elle était extrêmement mince et molle à l'endroit où elle se terminait ; elle allait au contraire en s'épaississant à mesure que le kyste s'enfonçait dans la substance cérébrale. L'hémisphère malade était, du reste, plus volumineux que celui du côté sain. (Becquerel, *Gaz. méd.* 1837, p. 406.)

Obs. V (1). — Le 23 mai 1840, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Landolt, âgé de 53 ans, tourneur en cuivre. Cet homme, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait d'excès. Il se portait bien lorsque, vers la fin du mois de décembre dernier, il fut pris sans cause connue d'une perte complète de connaissance, avec hémiplégie du côté droit, qui disparut après une copieuse saignée au bras qui lui fut pratiquée au moment de l'accident. Le 22 mai 1840, il a éprouvé une nouvelle perte de connaissance avec paralysie du côté gauche ; il a été saigné chez lui et à son entrée à l'hôpital le 23 mai.

Le lendemain, il présente l'état suivant : la tête est volumineuse, la paralysie du côté gauche du corps a beaucoup diminué sous l'influence de la saignée ; il ne reste plus qu'une légère diminution dans la motilité de ce côté. La sensibilité est intacte, ainsi que l'intelligence. Pouls petit à 76. Le sang fourni par la saignée d'hier est cupuliforme et

(1) Cette observation a été aussi recueillie par d'autres personnes, entre autres par M le docteur Michéa, auquel j'ai communiqué les détails de l'autopsie ; il en est de même de l'Obs. VIII.

couenneux. (Saignée, pédiluves sinapisés, diète.)

Le 25. La saignée n'a pas été pratiquée. Délire dans la soirée, on lui a mis la camisole. Le pouls, assez large et dur, est à 88. Les réponses sont justes, les sensations exactes; les mouvements de la langue sont libres; le visage est couvert de sueur. (Saignée, potion et lavement purgatifs.)

Le 26. La saignée du pied n'a fourni que peu de sang, à cause de l'indocilité du malade. Le malade a vomi sa potion purgative, et a été tellement agité, qu'on a encore été obligé de l'attacher. Ce matin, il est libre, et répond assez bien aux questions qu'on lui adresse. Il rappelle les hallucinations qu'il a éprouvées pendant la nuit précédente. Pouls large et dur, à 84.—(Saignée du bras. Compresses froides sur la tête. Lavements purgatifs. Diète.)

Le 28. Pas de délire; sommeil tranquille; appétit; pouls à 84.

Le 29. Délire et agitation pendant la nuit. (Nouvelle saignée du bras.)

Le 30. Le délire a continué. Le malade répond d'une manière incoherente aux questions qu'on lui adresse; il n'accuse de douleur nulle part. Pouls large, à 88. Le sang de la saignée d'hier est encore couenneux, cupuliforme. (Saignée du bras. Glace sur la tête.)

Le 31. Le délire est moins prononcé, mais l'état est le même. (Sangsues derrière les oreilles. — Sedlitz.)

Le 1er juin. Le malade a eu hier, pendant la journée, une vingtaine d'attaques épileptiformes, se succédant de 5 minutes en 5 minutes. Depuis cette époque, la respiration est devenue anxieuse et râlante. Le soir, je le trouve dans l'état suivant: décubitus sur le dos, résolution complète et insensibilité des membres; perte complète de connaissance; yeux ternes et immobiles; les pupilles sont insensibles à la lumière; la respiration est stertoreuse. — Sinapismes aux extrémités. — Sous l'influence de cette médication, le malade paraît se ranimer, et cependant, le matin, nous le trouvons dans l'état suivant: affaissement des traits; pupilles très-rétrécies, immobiles; conjonctives injectées; résolution des bras, et surtout du droit. La peau est insensible partout, même sur les endroits sinapisés; pas de réponse aux questions; pouls petit, déprimé, à 136 (Vésicatoire sur la tête, 2 vésicatoires aux cuisses. Potion tonique et excitante. Bouillon). Mort une heure après la visite.

Autopsie, 40 heures après la mort. Le réseau veineux de la dure-mère est très-développé; la cavité de l'arachnoïde ne contient que peu de sérosité; injection manifeste de la pie-mère sur toute la surface de l'organe encéphalique; en enlevant la pie-mère du côté gauche, on entraîne de petites vessies, transparentes ou demi-transparentes, qui sont logées dans les anfractuosités du cerveau, et qui, pour la plupart, se sont creusé une cavité dans la substance cérébrale même: la cavité qu'elles se sont creusée est lisse, polie, et paraît dépendre plutôt d'un écartement que d'une solution de continuité des fibres cérébrales; les cavités dans lesquelles elles sont logées ne contiennent point de liquide, et il est impossible de détacher des parois de cette cavité une membrane, s'il en existe. Du côté droit, on en enlève encore quelques-unes, en détachant la pie-mère. Toutes ces vésicules contiennent dans leur intérieur un liquide transparent, et au centre un petit point blanc, suspendu, qui, examiné au microscope, ne présente ni tête, ni suçoir, ni prolongement caudal. Il peut y en avoir à peu près une douzaine dans la pie-mère. Après avoir détaché la pie-mère, on aperçoit, à la surface des hémisphères, plus du côté gauche que du côté droit, et au sommet des circonvolutions, de petits points transparents, qui ne sont autres que des *acéphalocystes*, qu'on dégage en creusant autour d'elles. Ces *hydatides*, qui n'ont que la grosseur d'un pois, sont isolées pour la plupart; à peine deux ou trois sont formées de l'agglomération de plusieurs vésicules. Le cerveau, coupé par tranches, présente une injection notable dans toute son étendue, sans ramollissement, et çà et là quelques *acéphalocystes*, mais en plus grand nombre à droite qu'à gauche. La toile choroïdienne contient deux *acéphalocystes* grosses comme un pois; dans chacun des ventricules latéaaux, on trouve une *acéphalocyste*, ovoïde, de la grosseur et de la forme d'une aveline, parfaitement transparente, et ne contenant pas de point blanc opaque dans son intérieur. La membrane séreuse des ventricules latéraux est manifestement rugueuse et injectée. L'*acéphalocyste* est libre, et repose sur le plancher du ventricule latéral. On trouve encore une *acéphalociste* grosse comme un pois dans la couche optique gauche, le corps strié des deux côtés, dans l'épaisseur de la protubérance, à droite de la ligne médiane, près de la face inférieure et vers son bord antérieur.

Les autres organes ne furent pas examinés, à cause d'une décision administrative (*observation recueillie par l'auteur*).

Bien que le *polycéphale*, l'*échinocoque*, le *cysticerque*, l'*acéphalocyste*, diffèrent par quelques caractères zoologiques, ces hydatides se ressemblent tellement, quant à la forme, qu'elles doivent produire exactement les mêmes symptômes. Ce n'est pas en effet la présence d'une ou de plusieurs têtes rétractiles qui pourrait faire placer les *cysticerques polycéphales* hors de la loi commune; ce qui excite le cerveau, ce qui le place dans un état pathologique, ce n'est pas un ou plusieurs corpuscules de quelques lignes de long, c'est la présence dans son sein d'un corps étranger, vivant ou non. C'est ce que prouve également la présence de tumeurs inorganiques, tuberculeuses, cancéreuses ou autres, dans les centres nerveux. Ce qui m'engage encore à réunir dans la même étude tous les *antozoaires* de l'encéphale, c'est qu'on n'a commencé à bien les séparer les uns des autres qu'à la fin du siècle dernier, et que je me verrais forcé de ne pas utiliser une grande partie des matériaux que fournissent les annales de l'art.

Je ne chercherai donc pas à donner une description détaillée de toutes les hydatides que l'on rencontre dans le cerveau de l'homme; les auteurs ont trouvé dans la forme, dans le volume, le nombre de ces entozoaires, de quoi établir un très-grand nombre d'espèces. Cependant il est convenable d'en

faire connaître les caractères communs que l'on retrouve le plus ordinairement.

Les hydatides se présentent sous deux formes principales, dans le cerveau comme dans les autres organes; elles y sont solitaires ou multiples. Les hydatides multiples varient singulièrement en nombre dans le cerveau, on en a trouvé depuis 3 jusqu'à 20 (Louis, Aran), et même plus, par exemple 71 (Rentdorf).

La grosseur des hydatides du cerveau peut varier; on en a trouvé qui avaient le volume d'un petit pois, d'une aveline, d'une grosse orange; ce dernier cas est rare.

Leur coloration présente des teintes différentes, tantôt claires et transparentes; elles sont d'autres fois d'un blanc opaque ou laiteux; elles doivent le plus souvent ces teintes à des corpuscules de forme et de grandeur variables, insérés sur leur surface externe ou interne, ou nageant dans leur intérieur.

Ce serait certainement empiéter sur l'histoire générale des hydatides que de décrire le liquide que ces vésicules contiennent et leur membrane propre; je dirai seulement que c'est sur une certaine quantité de points blancs que présentait cette membrane propre, que Treutler a établi sa variété *albopunctata* du *Tœnia hydatigena*. Brera avait reconnu à la membrane propre trois feuillets, le premier, externe, mince, transparent, très-luisant; au dessous de celui-ci, un second, composé de fibres circulaires très-minces, lesquelles sont étendues sur une autre membrane, qui est veloutée, et tapisse la cavité interne de la petite vessie. (Brera, *ouvr. cité*.)

Les hydatides du cerveau sont quelquefois renfermées dans une poche d'une épaisseur et d'une consistance variables. Ce kyste, comme l'a fait remarquer Bremser, se développe par suite de l'irritation que le corps étranger excite dans le tissu cellulaire de l'organe. Or, comme la substance cérébrale ne contient que peu de tissu cellulaire, il n'est pas étonnant qu'un certain nombre d'hydatides du cerveau ne possèdent pas de kyste; ajoutez à cela qu'un certain nombre d'*entozoaires* sont entièrement libres dans des cavités séreuses, et par conséquent ne peuvent trouver les éléments nécessaires à la formation de cette poche. C'est surtout pour les *hydatides* du cerveau que la définition donnée par Bremser manque d'exactitude. En effet, comment pourrait-on, sans forcer les analogies, ne donner le nom d'hydatides qu'à des vessies *complètement renfermées dans une capsule?* Car, 1° les hydatides peuvent n'être qu'incomplétement renfermées dans un kyste, comme on le verra dans l'observation suivante; 2° les hydatides peuvent être placées dans la substance cérébrale sans kyste; c'est ce qu'on peut voir dans l'Obs. V, où les hydatides étaient renfermées dans une cavité formée par l'écartement des lamelles cérébrales, sans qu'il y eût ni liquide ni membrane d'enveloppe distincte.

Obs. VI. — Chez un sujet qui éprouvait de fréquents maux de tête et des accidents qui se rapprochaient parfois du vertige des moutons, et qui mourut subitement, on trouva une hydatide renfermée dans l'épaisseur du lobe postérieur du cerveau, du côté droit. A la face inférieure, le kyste paraissait à nu, et dans l'étendue d'un pouce environ, il avait rompu l'enveloppe qui le séparait de la pulpe. Cet organe était irrégulièrement déchiré dans cet endroit, mais n'offrait aucune trace de ramollissement, aucun indice d'altération quelconque. Ce kyste était formé par une membrane mince, transparente et assez consistante; il était parfaitement rond et du volume d'un très-gros œuf de poule; il renfermait un liquide séreux, légèrement trouble; il fut reconnu par Laennec pour être un *acéphalocyste*. En outre, cette hydatide était recouverte d'une seconde enveloppe formée par le cerveau, *à l'exception du point où s'était faite la rupture de ce viscère*. Cette dernière membrane, qui paraissait formée aux dépens de la substance médullaire, était lisse et polie à sa surface interne, celle qui était contiguë avec l'hydatide; sa face externe, qui adhérait au cerveau, pouvait en être détachée facilement sans se rompre. Elle était beaucoup moins lisse, moins humectée, blanche, opaque, et dense comme la membrane qui enveloppe le blanc de l'œuf; elle offrait une certaine résistance et pouvait être lavée sans se déchirer (Martinet. *Revue médicale*, t. III, p. 20, 1824.)

Lorsqu'il y a un kyste, les hydatides ne contractent aucune adhérence avec les parois; elles y sont libres et flottantes; le kyste contient ordinairement une certaine quantité de liquide semblable à celui qui est contenu dans les *hydatides*, mais s'il manque, quelle que soit la structure du kyste et sa consistance, la surface interne (c'est-à-dire celle qui est en rapport avec les hydatides) est toujours lisse et humectée de sérosité.

Tantôt les parois du kyste sont tellement minces qu'il ne peut être détaché sans rupture de la substance cérébrale; d'autres fois il consiste en une couche cellulo-vasculaire, très-molle et facilement déchirable; d'autres fois, au contraire, il offre une certaine résistance et peut être facilement lavé sans se déchirer.

Autour des hydatides, la substance nerveuse présente un aspect qui est loin d'être toujours identique; tantôt, et le plus souvent, elle conserve sa consistance normale; d'autres fois, elle est altérée. Ainsi, dans les observations ou les notes que j'ai parcourues, on trouve signalés 9 fois la congestion de la substance cérébrale, 5 fois le ramollissement du cerveau, 3 fois une infiltration sanguine plus ou moins ancienne, 1 fois l'induration du cerveau qui était comme *squirrheux* (Lancisi), 9 fois un épanchement séreux dans les ventricules latéraux, 1 fois un épanchement sanguinolent dans les mêmes ventricules, 1 fois une altération particulière des parois de ces ventricules, qui étaient tapissés par une couche d'un mucus rouillé.

Lorsque les hydatides sont situées de manière à toucher les nerfs, elles les laissent rarement intacts; tantôt ils sont comprimés, amincis ou atrophiés par ces *entozoaires*; d'autres fois ils sont ramollis.

On trouve assez souvent de la sérosité épanchée dans la grande cavité de l'arachnoïde et le tissu cellulaire sous arachnoïdien, ou même quelques traces d'inflammation de cette membrane. Ainsi, dans les observations que je possède, je trouve que 9

fois il y avait une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, 1 fois il y avait une méningite chronique avec épaississement et infiltration purulente.

Parmi les 47 cas qui servent de base à ce travail, il y en a 4 dans lesquels on a rencontré des hydatides dans d'autres organes que le cerveau ; il ne faut pas en conclure que cette coïncidence soit aussi rare qu'elle est annoncée par les chiffres ; il n'arrive que trop souvent, en effet, que les recherches anatomiques ne sont pas complètes, et plusieurs des faits que je possède manquent de détails sur ce point. Quoi qu'il en soit, dans la plupart de ces cas, et surtout dans celui qui a été rapporté par Laennec, le cerveau ne paraît pas avoir été le siége primitif du mal, et il a fallu qu'il existât déjà des hydatides dans d'autres organes, pour que le cerveau en fût affecté.

On a trouvé des hydatides dans presque tous les points de l'encéphale ; les auteurs en ont rapporté un certain nombre d'exemples, que je vais faire connaître.

Fischer dit avoir trouvé dans la dure-mère une grande quantité d'hydatides ; il pense que ce n'était pas des glandes de Pacchioni développées, tant d'après leur situation que leur forme et leur structure. (*Ouvr. cité.*)

On a trouvé des hydatides entre les circonvolutions du cerveau, adhérentes ou non à l'arachnoïde. (Lieutaud (1), Borelli (2), Laennec (*mém. cité*), Esquirol (3), Hufeland (4), Andral (5), Calmeil (6), Nivet, Aran).

On en a observé quelquefois dans la pie-mère : ainsi Loschge (cité par Steinbuch, qui trouva cinq hydatides près de la scissure de Sylvius. Des exemples semblables ont été rapportés par Schwenke (7), Clav. Hazenohrl (8). J'en ai cité plus haut un exemple.

On trouve assez souvent hydatides dans l'épaisseur du cerveau. Riverius (9), Scultet (10), Lieutaud, Lancisi (11), Berdot (12), Balme (13), Wichman (14), Morrah (15), Portal (16), Rostan (17), Yelloly (18), Martinet, Guérard (19), Calmeil (20). Nivet, Aran, etc.

Panarole en a rencontré sur les corps calleux ; Brunner dans les corps striés. J'en ai rapporté plus haut un exemple.

On en a encore trouvé :

Dans la couche optique (Laennec, Aran);

Entre la couche optique et le corps strié (Calmeil);

Dans la glande pituitaire (Sœmmering, Esquirol);

Entre deux tubercules quadrijumeaux du même côté (Calmeil);

Dans le pédoncule cérébral (Aran);

Dans les ventricules latéraux, hydatides libres, Headington (1), Rentdorf, Aran ;

Dans les plexus choroïdes : Lieutaud, Valsalva (2), *Acta Londinensia* (3), Behren (4), Wepfer (5), Morgagni (6), Fischer, Treutler, Brera, Prost (7), Paisley (8), Seinbuch, Hufeland, Calmeil ;

Dans le 3e ventricule et la toile choroïdienne (Zeder, Aran);

Dans le 4e ventricule (Zeder);

Entre les lames du septum lucidum : Portal (9) ;

Dans le nerf optique : Paaw (10), Conradi (11).

J'ai eu l'occasion de rencontrer une amaurose produite par cette dernière cause ; voici l'observation de ce fait intéressant.

Obs. VII. — Le 26 mai 1840, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Cormon, âgé de 23 ans, instituteur, d'une constitution moyenne, d'un tempérament nerveux. Ce jeune homme a eu, à l'âge de 17 ans, des attaques épileptiformes qui ont disparu par l'usage des bains sulfureux. Sa santé s'était rétablie, et il se portait assez bien, lorsqu'il a été pris, dans le courant de 1839, d'une violente fluxion du cuir chevelu, de la région frontal et sincipitale, accompagnée d'otite aiguë. Au bout de huit jours, les douleurs se sont calmées ; mais deux mois après, elles ont repris avec la même intensité. Il était notablement soulagé par l'application d'un vésicatoire à la nuque, lorsqu'il fut repris, quelque temps après, de sa douleur frontale avec trismus, après s'être exposé au froid. La céphalalgie cède, mais la somnolence devient continuelle. Plus tard, sentiment de compression et de brûlure, puis accès épileptiformes durant un quart d'heure, et amaigrissement des membres. Il entre à l'Hôtel-Dieu de Rheims, où il est traité par le séton et les purgatifs. Les accès perdent de leur frequence et de leur intensité, ainsi que de leur durée. En novembre 1839, il a été soumis à l'emploi de l'acétate de morphine. Il ne restait plus de céphalalgie, mais la mémoire est à peu près perdue ; il y a de la somnolence et de

(1) Bibliotheca anatomica, t. II, obs. 4, 36, 165, 167, 168, 194, 195, 199.
(2) Cité par Lieutaud, Bib. anat., t. II, obs. 194, p. 194.
(3) Bulletin de la Faculté, t. V. p. 426.
(4) Hufeland's Journal.
(5) Clinique médicale, t. V, p. 59.
(6) Dict. de méd., t. II, p. 584.
(7) Rari casus, explic. anat. med. Haag. 1773.
(8) Cité par Lieutaud, Bib. anat., t. II, obs. 4, p. 145.
(9) Cité par Lieutaud, Bib. anat., t. II, obs, 199, p. 195.
(10) Cité par Lieutaud, Bib. anat., t. II, obs. 195. p. 194.
(11) De mortibus sul itis, chap. XI, liv. I, p. 30, 1745.
(12) Acta helvetica, t. V.
(13) Journ. de méd., t. XLI, p. 526.
(14) Ideen sur Diagnostik, 1802.
(15) Medico-chirurg. Transactions, 1813.
(16) Anatomie médicale, t. II.
(17) Du ramollissement du cerveau, p. 413.
(18) Medico chir. Trans., vol. XI.
(19) Bulletins de la Société anatomique, 1835.
(20) Journ. hebdom., t. I, p. 44 et suiv.

(1) Cité par Abercrombie, traduction de Gendrin.
(2) Cité par Lieutaud, Bib. anat., t. II, p. 185, obs. 165.
(3) Cité par Lieutaud, Bib. anat., t. II, p. 185, obs. 167.
(4) Ephemer. nat. curiosorum, t. II, p. 84, obs. 31.
(5) De apoplexiâ, 1658, p. 410.
(6) De sedibus et causis morborum, 42 et 8e lettre.
(7) Médecine éclairée par l'ouverture des corps, obs. 80, t. II, p. 283.
(8) Cf Edimb. med. vers. und emerk Uebers, t. III, p. 459.
(9) Anatomie médicale, fait que Gavard rapporte d'après Desault.
(10) Obs. anat. variol., t. II, p. 5.
(11) Handb. d. path. anat. Hanov. 1796, p. 525.

l'hébétude. La vue commence à s'affaiblir. Cet état persiste jusqu'au 20 mai 1840, où M. Dagerret, de Châlons, prescrit d'appliquer, à deux ou trois reprises, le cautère actuel sur la région pariétale ou occipitale. Ce médecin croyait, soit à une altération de la substance encéphalique, soit à une tumeur osseuse ou fibreuse, développée à la base du crâne, et il soupçonnait plus volontiers un noyau tuberculeux ou une collection aqueuse.

Le 27 mai. État actuel. Le faciès n'offre rien de notable sous le rapport de la coloration; les yeux sont très-saillants, assoupissement presque continuel, hébétude. Le malade ne répond que très-lentement aux questions qu'on lui adresse; il en laisse même quelques-unes sans réponse. Le vue est presque entièrement éteinte. La sensibilité générale est intacte et égale des deux côtés. Les mouvements sont lents, et le malade ne paraît se mouvoir qu'avec répugnance; il est alité. Céphalalgie peu prononcée; l'appareil digestif est en bon état; appétit peu prononce; selles et émissions d'urine involontaires. — Limonade, gargarisme acidulé, le quart.

Le 5 Juin. Application du caustique de Vienne sur la région sincipitale.

Le 10. Un érysipèle couvre le cuir chevelu qui environne l'escarre. Les réponses sont toujours lentes, la vue très-bornée, l'émission d'urine involontaire.

Le 11. Le gonflement érysipélateux est plus considérable; il s'étend à la paupière du côté droit; le malade répond aux questions avec plus de netteté et plus de vitesse; il distingue aussi beaucoup plus facilement les objets qu'on lui présente; l'émission d'urine est involontaire.

Le 12. L'érysipèle augmente; il s'étend à la face et à la partie postérieure du crâne. Œdème de la paupière droite. La vue semble encore plus nette qu'hier. L'emission d'urine paraît se soumettre à l'influence de la volonté; il a demandé hier un urinoir. Réponses toujours nettes.

Le 13. L'escarre commence à se détacher; le malade demande l'urinoir, il salit peu son lit; la station se fait mieux; quelques idées vagues relatives à sa profession; cette amélioration persiste jusqu'à la chute de l'escarre.

Le 18. L'escarre est tombée et laisse à nu les os du crâne, dans l'étendue d'une pièce de trente sous. Le malade semble plus abattu. L'érysipèle est tout à fait éteint. La vue paraît plus faible que ces jours derniers. Bâillements. Pouls à 48.

Le 19. Les facultés sont beaucoup plus obtuses, les réponses lentes. La vue est dans le même état qu'hier. La tête est pesante. L'état du malade est stationnaire, malgré l'application de plusieurs vésicatoires, lorsque,

Le 29, il est pris d'un frisson qui dure toute la journée, et le lendemain nous trouvons la peau du front, le cuir chevelu, parcourus par un érysipèle, ainsi que tout le côté droit de la tête et du cou. La vision est dans le même état que les jours passés; les pupilles sont dilatées; la peau est brûlante. Pouls à 120. Il y a eu peu d'assoupissement. L'humeu irritable du malade a disparu. L'érysipèle gagn successivemet le cou, les paules, la partie supérieur du bras, et s'accompagne d'un gonflement énorme, de phtlyctènes pustuleuses, et d'une rougeur des plus intenses. Sous son influence, le malade recouvre d'abord l'intelligence et une partie de la faculté de la vision. Les pupilles sont moins dilatées, mais toujours peu mobiles; le pouls est toujours fréquent. La langue, d'abord humide, se sèche. Enfin,

Le 5 août, l'érysipèle continue à descendre sur le tronc; l'épiderme se détache dans plusieurs points. Le malade exhale toujours une odeur de souris, bien qu'il ne soit pas mouillé d'urine. Il est plus assoupi que la veille et répond très-difficilement aux questions qu'on lui adresse. — 2 gouttes d'huile de croton tiglium, 12 grains de calomel, glace sur la tête. Il meurt dans la journée, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie, 40 heures après la mort. La tuméfaction de la face et du cou est considérable, mais bien moindre que pendant la vie. L'incision du tissu cellulaire dans ces points donne issue à un liquide séro-sanguinolent dans certains points, simplement séreux dans d'autres. La plaie qui a succédé à la chute de l'escarre est comblée en partie par un tissu d'un rouge-brunâtre, fortement adhérent à l'os et très-vasculaire. Lorsqu'on détache ce tissu de nouvelle formation, on retrouve au dessous le tissu osseux, inégal, rugueux, et déprimé dans certains points; mais nulle part le tissu spongieux de l'os n'est à nu.

L'incision de la dure-mère donne issue à une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent. La face convexe du cerveau présente une notable distension des vaisseaux veineux des méninges et une coloration rougeâtre très-intense, qui paraît siéger dans la pie-mère. Au moment où l'on renverse le cerveau pour le détacher de sa boite osseuse, les doigts, appuyant un peu plus fortement sur le lobe gauche du verveau, enucléent deux hydatides du volume d'une petite noix. Ces petites vessies, peu distendues, assez flasques, ont des parois transparentes et contiennent un liquide de même nature. Elles deviennent opalines après la rupture. Le cerveau étant détaché, on reconnaît que ces deux hydatides siégeaient dans une dépression de la face inférieure du lobe moyen du cerveau, dépression qui peut avoir 2 à 3 pouces carrés de diamètre. Les parois de cette dépression paraissent formées par le tissu cérébral, refoulé et intact. Lorsqu'on cherche à suivre le nerf optique gauche, on reconnaît qu'il est plongé au milieu d'un tissu, résistant, rougeâtre dans certains points, jaunâtre et infiltré de pus dans d'autres, et qui a l'épaisseur d'une à deux lignes. Une dissection attentive fait reconnaître à un pouce et demi en arrière du chiasma, une hydatide du volume d'une petite noisette, qui a creusé dans l'épaisseur du nerf optique, à sa face inférieure, une cavité ellipsoïde d'une demi-ligne de profondeur, et de deux à trois lignes d'etendue. Le nerf optique gauche n'est pas notablement atrophié, et on peut le suivre jusqu'au corps genouillé externe d'un côté et jusqu'au chiasma de l'autre, sans interruption. En suivant la grande fente cérébrale, on reconnaît que l'ouverture par laquelle la pie-mère pénètre dans le ventricule latéral est notablement agrandie. En ouvrant ce ventricule, on aperçoit, dans la toile choroïdienne, une hydatide semblable aux deux premières, du volume

d'une petite noix. La séreuse des ventricules est sillonnée par de nombreux vaisseaux. Le lobe gauche ne contient pas, dans son intérieur, une seule hydatide. Il en existe une entre les circonvolutions de la face supérieure de ce lobe et dans la fente cérébrale gauche.

Le nerf optique droit est entouré d'une induration membraneuse, plus résistante que du côté opposé, d'une infiltration purulente, qui siège dans l'épaisseur de cette couche indurée. Le nerf optique est aplati et atrophié, à demi-pouce en avant du corps genouillé; mais cependant la continuité du nerf n'est pas interrompue. Le chiasma est placé lui-même au milieu de ce tissu induré. Une autre hydatide existe dans l'intervalle des pédoncules cérebraux, et s'est creusé une cavité dans le pédoncule cérébral droit, au niveau de son émergence de la protubérance. Le cerveau du côté droit n'est pas plus injecté que du gauche. Cervelet, protubérance, moelle allongée, à l'état sain.

Poumons engoués, mais parfaitement crépitants dans toute leur étendue. Cœur et péricarde parfaitement sains.

Foie et rate en bon état. Les reins ne présentent rien d'anomal, les intestins présentent un peu d'injection vers leur partie déclive, mais sans lésion de la muqueuse. (*Obs. recueillie par l'auteur.*)

Les hydatides, bien que situées hors du cerveau, peuvent exercer une compression sur les nerfs qui en émanent. Les seuls nerfs qu'on ait vus comprimés sont les nerfs glosso-pharyngien et pneumogastrique (Gendrin); le nerf optique et la branche opthalmique de la 5e paire (Guesnard). Je ne crois pas pouvoir me dispenser de rapporter brièvement ces deux observations, qui ont une très-grande importance sous le double rapport de la physiologie et de la pathologie. L'observation de M. Guesnard est d'autant plus remarquable que les hydatides siégeaient en dehors de la dure-mère, dans l'épaisseur des os du crâne.

Obs. VIII. — Girard, âgé de 36 ans, tisserand, fut amené à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gendrin, le 31 décembre 1831. Cet homme, à l'âge de 33 ans, est tombé dans l'escalier d'une cave, et la contusion a porté sur la partie postérieure du cou. Cette chute fut suivie de vives douleurs dans tout le cou, et même à la partie postérieure de la tête. Il garda le lit pendant quatre mois, pendant lesquels il éprouva, dit-il, de la difficulté à parler. Les douleurs disparurent après plusieurs applications de sangsues. Les mouvements du cou étaient seuls gênés et douloureux. Un an après, il éprouva quelques malaises et une douleur lancinante obscure dans le côté gauche du cou. Cependant les douleurs du cou augmentèrent; elles irradiaient souvent dans les membres, qui s'engourdissaient et devenaient le siége de fréquents fourmillements; voix rauque et faible; évacuations alvines, rares et difficiles; amaigrissement. Girard entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, où on remarqua l'atrophie de la moitié gauche de la langue. Il entre dans le service de M. Gendrin, qui constate les symptômes dont je vais bientôt parler, et qui, croyant à l'existence d'une carie de l'atlas ou de l'axis, lui fit appliquer un cautère à la nuque, et lui fit construire un appareil pour soutenir la tête et empêcher les mouvements du cou. Le malade sort le 4 mars 1832. Il rentra le 20 décembre 1832, dans le service dont M. Gendrin venait d'être chargé à l'hôpital Cochin. Il présentait l'état suivant : maigreur excessive, traits non déviés, vue encore très-bonne. Contractions des pupilles régulières, douleur continue, gravative à la région occipitale; l'atrophie de la motié gauche de la langue a encore augmenté; cet organe, dans sa motié gauche, semble ne plus consister qu'en un repli de sa membrane muqueuse, irrégulièrement plissée et tirée comme par des fibres musculaires adjacentes, vers l'os hyoïde. La moitié droite de la langue conservait son état normal; lorsque la langue était tirée hors de la bouche, elle était portée et courbée à gauche.

Cou non tuméfié; mais il est le siége d'une douleur obtuse, profonde, s'exaspérant fréquemment et irradiant vers les membres thoraciques, et plus rarement vers le tronc. Douleur continue, calme et sourde dans le repos du malade; très-vive au moindre mouvement du cou. Voix rauque et presque éteinte; un peu de toux. Sensibilité générale conservée. Mouvements des membres et du tronc faciles. Cependant la force musculaire était moindre à gauche. Impossibilité de soutenir la tête. Constipation opiniâtre depuis huit jours, excrétion urinaire par rengorgement. Amaigrissement considérable. Peau sèche. Pouls dur très-fréquent. Perte presque complète de la mémoire.

21 *Décembre*. La sensibilité tactile de la langue est conservée dans toute son étendue : le malade perçoit, sur chaque moitié de l'organe, la sensation des piqûres et du chaud et du froid; mais les substances sapides n'occasionnent, sur la moitié atrophiée, qu'une impression de saveur fort obscure qui ne se perçoit encore que longtemps après l'application. Tandis que la respiration intérieure s'accomplissait régulièrement, les muscles intercostaux restant inactifs, le thorax était élevé d'une seule pièce par ses muscles élévateurs, et abaissé de même dans l'expiration. Déglutition difficile.

Le 25. Augmentation de l'aphonie, vive céphalalgie. Excrétions involontaires. Sensibilité conservée. De temps en temps des fourmillements dans les membres. Mémoire presque éteinte. Déglutition des liquides difficiles. Assoupissement profond, qui disparaît le lendemain. La langue rougit et se sèche. Les muqueuses se couvrent d'aphthes. Le pouls devient excessivement fréquent. La respiration s'embarrasse, et le malade meurt le 12 janvier, sans que l'intelligence, la sensibilité et la motilité des membres aient été modifiés.

Autopsie, 26 *heures après la mort*. Les méninges et le cerveau sont sains. Les quatre ventricules sont très-dilatés et distendus par une abondante sérosité incolore et diaphane. La substance du cervelet, de la protubérance du bulbe rachidien, les plexus choroïdes, n'offrent aucune altération. A la partie latérale gauche et postérieure du cervelet, sur l'origine du bulbe rachidien, se trouve un kyste hydatique, formé d'une poche blanchâtre, ouverte et flottante; cinq à six hydatides sont sorties de ce kyste, et se trouvent libres dans la cavité de l'arachnoïde; ces hydatides entourent le bulbe rachidien

à sa naissance ; elles sont du volume d'une noisette pour les deux plus grosses, et du volume d'un gros pois pour les autres. La plus volumineuse de ces hydatides s'engage dans l'orifice du calamus scriptorius, qui se trouve ainsi oblitéré de dehors en dedans. Le kyste ouvert contient encore cinq à six hydatides, semblables, mais plus petites, hors une qui a le volume d'une chataigne. Ce kyste ne pénètre point dans le rachis, quoiqu'il occupe le côté gauche de la région basilaire et du trou occipital. Il s'étend latéralement en avant, dans l'intervalle compris entre le bord antérieur et latéral du grand trou occipital et le sommet du rocher ; ce kyste s'étend ensuite hors du crâne par deux ouvertures, d'abord par le trou condylien gauche antérieur et par le trou déchiré postérieur ; la partie sortie par le trou condylien antérieur se contourne en arrière et vient former une très-petite tumeur sous-jacente aux muscles postérieurs de la tête et du cou. Cette petite tumeur fluctuante est couverte d'une membrane fibreuse, dense ; elle est placée derrière le nerf grand-hypoglosse, à sa sortie du crâne. Ce nerf conserve son état naturel, quoiqu'il soit sensiblement moins volumineux que celui du côté opposé après la réunion de ses filets d'origine, qui se fait à la sortie du trou condylien ; la portion sortie par le trou déchiré postérieur gauche fait saillie derrière l'apophyse mastoïde, sous forme d'une tumeur demi-ellipsoïdique, d'un pouce et demi dans son grand diamètre, sur un pouce dans son diamètre transversal ; sa direction est oblique d'arrière en avant et de haut en bas ; elle est recouverte par l'insertion du splénius, du sterno-mastoïdien et par toute l'étendue du ventre postérieure du digastrique, dont elle suit la direction. Cette tumeur est revêtue d'une membrane dense, blanchâtre, fibreuse, qui semble être le prolongement du périoste de l'apophyse mastoïde ; elle contient l'extrémité antérieure du kyste hydatique, laquelle est libre d'adhérences, friable, blanchâtre, et contenant plusieurs hydatides libres d'adhérences. Cette tumeur est logée en partie dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde ; elle appuie sur la rainure digastrique ; l'apophyse styloïde est placée en avant de cette tumeur, en sorte que le nerf facial n'est pas gêné dans son trajet. Au travers du trou déchiré posterieur, le kyste fibreux contient une grande quantité de débris hydatiques ; il repousse en avant les nerfs qui sortent par cette ouverture ; ces nerfs ne présentent aucune dépression notable.

Examinés dans tout leur trajet, et comparativement à ceux du côté opposé, les nerfs de cette région et ceux qui sortent par le trou condylien, sont dans l'état suivant :

Le nerf spinal est sain ; le tronc du pneumogastrique et ses branches sont grêles et fins, particulièrement le rameau pharyngien et le rameau laryngé supérieur et ses divisions. Le nerf glosso-pharyngien est extrêmement fin, grêle ; il est de moitié plus fin que celui du côté opposé, qui l'est lui même plus que dans l'état ordinaire ; ce nerf semble réduit à un cordon névrilemmateux très-ténu. Le nerf maxillaire inférieur est à l'état normal. Le nerf grand hypoglosse a un volume moindre que celui du côté opposé, mais la différence est peu considérable. Ce nerf a sa structure normale. Atrophie des muscles génio-glosse, hyo-glosse, stylo-glosse, stylo-pharyngien, ptérygo-palatin, glosso-staphylin, ainsi que les crico-arythénoïdiens postérieur latéral, le tyro-arythénoïdien et les constricteurs du pharynx du côté gauche. Les artères qui se rendent dans leur épaisseur sont petites et comme oblitérées. Atrophie du lingual gauche. Les nerfs pneumogastriques, tant dans leurs branches pulmonaires que dans celles qu'ils fournissent à l'estomac, sont sains ; cependant ils sont d'un petit volume, de quelque côté qu'ils tirent leur origine.

Muqueuse bucco-pharyngienne violâtre, couverte d'aphthes ulcérés. Quelques tubercules crus dans les poumons. Un kyste hydatique à la face inférieure du foie. (Gendrin in *Trad. d'Abercrombie*, p. 627. 1835.)

Obs. IX. — Au n° 30 salle St-Paul (hôpital des Enfants, service de M. Baudelocque), était couché Buixon (Simon), âgé de 7 ans, né à Vaugirard. Cet enfant, qui s'est toujours fait remarquer par le développement de son intelligence, sa gaîté, son aptitude au jeu, n'a jamais été malade précédemment. Sa nourriture était saine ; on l'avait habitué à boire un verre de vin chaque jour ; il vivait presque toute la journée dans une cave où son père, jardinier, conservait certaines plantes. Bien conformé, d'un bon embonpoint, sa taille est en rapport avec son âge. Il y a sept mois environ, qu'un morceau de charbon incandescent lui sauta sur l'œil droit ; il survint une ophthalmie, de la céphalalgie sur-orbitaire, et l'enfant dès ce moment perdit la vue de ce côté ; cependant les accidents ne furent pas assez graves pour le retenir au lit, et au bout de quelques jours, il put se livrer à ses jeux avec autant d'activité qu'auparavant.

Le 1er *janvier*, sans cause connue, sans aucun symptôme précurseur, la paupière supérieure tombe sur le globe oculaire déjà affecté de cécité ; mais la santé générale est toujours conservée ; *le* 13 *janvier* seulement, l'enfant, qui la veille s'était couché bien portant, est pris de frissons, de céphalalgie, et vomit à six heures un quart du matin, après l'ingestion d'un peu d'eau de fleurs d'oranger.

Le même jour, son père l'amène à l'hôpital, à notre première visite ; il s'offrit dans l'état suivant : légèrement assoupi, s'irritant à la moindre contrariété ; sa face est un peu colorée ; la vue paraît éteinte, surtout du côté droit, et le globe oculaire de ce côté est recouvert par la paupière supérieure, qui est paralysée ; il est en même temps plus saillant que celui du côté opposé. La pupille, très-dilatée, est immobile ; l'œil n'est nullement sensible à l'impression de la lumière ni même au contact d'un agent matériel ; du côté gauche l'œil est ouvert, la pupille, plus dilatée que dans l'état normal, l'est moins cependant que du côté opposé, et se contracte légèrement ; mais la sensation de la lumière n'est pas perçue, tandis que la sensibilité tactile persiste, que les paupières se ferment dès qu'elles sont irritées par un corps étranger. Du reste il n'y a pas de strabisme ; les yeux paraissent se mouvoir de chaque côté dans leurs orbites. Les autres organes des sens et la sensibilité cutanée sont à l'état normal. Le système locomoteur n'offre aucun phénomène

morbide, si ce n'est que le malade s'agite assez souvent et grince quelquefois des dents. L'intelligence est intacte, les réponses justes, mais faites avec impatience. Le malade accuse de la céphalalgie sans préciser de point douloureux. Aucun trouble du côté des organes digestifs. La respiration est régulière; le pouls petit, à peine sensible à 114, pas de chaleur à la peau. Pendant les trois jours suivants, les mêmes symptômes se remarquent. La face se colore de temps à autre; il y a un peu d'agitation. La commissure des lèvres du côté droit s'élève légèrement; cette élévation coïncide avec une élévation légère de tous les traits du même côté. Mais, le 23 janvier, le petit malade, qui n'avait pas été vacciné, est pris d'une variole anomale avec dyssenterie. Il meurt le 1er février.

Autopsie 26 *h. après la mort.* Il existait du côté droit du crâne un kyste, placé entre la dure-mère et les parois latérales du crâne (c'est-à-dire, le temporal et le pariétal). Ce kyste, contenu dans une vaste excavation, creusée aux dépens de la substance cérébrale, s'étend aussi jusqu'à la base du cerveau, qui se trouve de cette manière fortement refoulée en haut dans son hémisphère droit. Ce kyste avait été déchiré au moment de l'ouverture du crâne, et il s'était échappé un jet de liquide de son intérieur. Cette tumeur, dont le volume est double de celui d'un œuf de poule, occupait toute la fosse cérébrale moyenne, traversait en avant par une extrémité aplatie, comme étranglee, la fente sphénoïdale, et là se prolongeait, d'un travers de doigt, dans la cavité orbitaire. En dedans, elle soulevait l'extrémité antérieure de la tente du cervelet, pour pénétrer dans un enfoncement creusé au-dessous de la fosse pituitaire, dans le corps même du sphénoïde. Ce kyste se trouvait accolé à une vésicule de même nature, de la grosseur d'une noix, placée dans la fosse pituitaire, entre la portion osseuse du corps sphénoïdal et la dure-mère qui l'environnait de tous côtés. Du côté gauche, elle avait fortement écarté les sinus caverneux; du côté droit, les sinus, déjà soulevés par la première tumeur, ne lui offraient plus de limite, et lui permettaient d'être en contact avec celle-ci. Outre ce deuxième kyste, il en existait d'autres du volume d'une lentille, placés dans de petites excavations osseuses, qu'offrait le corps du sphénoïde; d'autres miliaires existaient plus profondément, et furent pris avec des pinces. Ils étaient contenus dans les aréoles du tissu osseux. J'en trouvai une vingtaine.

Ces kystes sphéroïdaux sont remplis d'un liquide qui, par l'incision de la poche, s'écoule en jet, comme si la membrane qui le renferme revenait sur elle-même. Ce liquide cesse d'être transparent, et devient nébuleux au bout de quelques jours. La poche vésiculaire présente une surface lisse, uniforme, nullement adhérente. Elle devient opaque, après l'écoulement du liquide; elle est composée de plusieurs feuillets, dont l'interne, plus mince, plus transparent, semble mieux organisé; les autres paraissent être des lames de tissu cellulaire, bien moins condensé. La dure-mère, détachée des os par les tumeurs, offre dans quelques endroits des plaques opaques, comme osseuses; dans d'autres points elle est amincie, légèrement éraillée. La substance cérébrale n'est ramollie dans aucun point. L'hémisphère droit est fortement excavé à sa base, et sur les côtés de son lobe moyen, ses circonvolutions ont en partie disparu, et ses anfractuosités sont bien moins étendues. Le plancher du ventricule latéral droit s'élève un pouce plus haut que celui du côté opposé, et touche au plafond du même ventricule. La couche optique et le corps strié sont légèrement aplatis. Du reste, aucun liquide n'existe dans les cavités du cerveau. Le nerfs optiques sont à l'état normal jusqu'au chiasma; mais là, ils commencent à être soulevés par la tumeur jusqu'à leur entrée dans le trou optique, où ils sont pour ainsi dire étranglés par la limite supérieure de ce trou. Celui du côté droit offre en outre des points aplatis; d'autres rétrécis, et à son entree dans la sclérotique, il a moins de volume que celui du côté opposé. D'ailleurs ils ne paraissent pas autrement altérés dans leur texture; les filets nerveux, qui rampent dans la paroi externe du sinus caverneux, ont subi tous une distension et une compression remarquables. Mais cet effet est marqué surtout sur la branche opthalmique de la cinquième paire, qui se trouve d'autant plus tiraillée, que la tumeur soulève la dure-mère, à partir même de son point de séparation du ganglion de Gasser, qui se trouve accolé à la base du crâne. L'altération la plus remarquable est celle des os, assez semblable à celle que leur font éprouver les tumeurs anévrysmales; ils sont rugueux, offrent des saillies entrecoupées d'enfoncements. Toute la fosse cérébrale moyenne, le corps du sphénoïde et son apophyse d'Ingrassias, ne sont plus recouverts par la dure-mère, et ont perdu dans certains points leur lame interne; dans d'autres, ils sont réduits à leur lame externe; enfin çà et là le temporal paraît réduit à une sorte de feuillet transparent, crépitant comme le parchemin. Le trou maxillaire supérieur, rugueux, présente trois fois son volume ordinaire. La voûte orbitaire est beaucoup plus saillante du côté droit que du côté gauche.

Au centre du foie une tumeur hydatique du volume d'une noix; muqueuse du gros intestin rouge, fongueuse et ramollie (Guesnard, *Journ. Heb.*, t. 1, p. 271, 1836).

J'ai déjà fait connaître les caractères qui servent à distinguer les différents genres de vers vésiculaires qu'on rencontre dans les centres nerveux, mais on pourrait confondre les hydatides avec certains kystes séreux. Ces kystes ont en effet quelque ressemblance avec le kyste qui sert ordinairement d'enveloppe aux hydatides du cerveau; comme ceux-ci, ils ont la forme d'un sac sans ouverture, et ils présentent une face externe floconneuse cellulo-vasculaire, ou même fibreuse. Leur face interne est libre et lisse, mais lorsqu'on les a ouverts, il est ordinairement facile de découvrir leur véritable nature. Ces faux kystes contiennent en effet, soit une matière épaisse, albumineuse ou graisseuse, soit du pus (Bateman. *Edimb. Med. and. Surg. Journ.* 1805, t. 1), d'autres fois des substances diverses, dont la densité varie à l'infini; mais jamais ils ne renferment des vésicules libres, transparentes, nageant au milieu d'un liquide. Certes ce dernier caractère serait un des meilleurs s'il n'était pas démontré qu'il existe des hydatides dépourvues de

kyste, et qui par conséquent ont la plus grande analogie avec les kystes séreux. D'ailleurs, la preuve que cette distinction n'est pas aussi facile qu'on veut bien le dire, c'est que les auteurs les plus recommandables ont décrit, sous le nom d'hydatides, des tumeurs enkystées de diverses espèces. Ainsi Rentdorf (*Mém. cité*) a placé parmi les hydatides du cerveau un kyste trouvé par Bateman dans le cerveau, kyste qui contenait du pus, et un kyste séreux trouvé par Berdot dans le même organe; ce dernier fait me paraît assez important, sous le rapport du diagnostic, pour que je le rapporte ici. Il était difficile de décider si l'on avait affaire à une hydrocéphale ou à une énorme acéphalocyste du ventricule latéral; cependant l'écartement des sutures qu'on n'a jamais observé dans l'affection hydatique, me fait pencher pour la première opinion : le lecteur jugera.

Obs. X.—L.... B...., âgé de 5 ans, né de parents sains, présente une tête un peu plus volumineuse que ne l'ont ordinairement les enfants de cet âge. Il est d'un tempérament pituiteux, assez gras; son corps est un peu moins développé et il est moins agile qu'il devrait l'être à son âge; mais son intelligence est très-développée. Il était affecté, depuis quelques semaines, d'une éruption ulcéreuse de la peau de la tête, lorsque, à la suite de l'application d'une pommade fournie par une vieille femme, l'éruption disparut. Dès lors le malade commença à se plaindre plus souvent de la tête, qui peu à peu augmenta toujours de volume. Lorsque cette augmentation de volume se fut produite, les douleurs ne revinrent plus qu'à des époques plus éloignées. Les membres inférieurs commencèrent à s'affaiblir et finirent par devenir tout à fait immobiles; mais la sensibilité de la peau y était conservée. Les membres supérieurs ne s'affectèrent qu'à la longue, et la perte de la motilité y fut toujours moins complète que dans les membres inférieurs. La sensibilité de la peau y était également conservée. La constipation, d'abord tenace, finit par devenir invincible. Le malade urinait sans s'en apercevoir dans les derniers temps de sa vie. La parole, d'abord lente et tardive, finit par n'être plus articulée. L'appétit fut conservé pendant toute la maladie; souvent même il était excessif. La respiration et le pouls restaient calmes. Tous les sens conservaient leur perfection. Dix-huit mois après l'invasion, le malade perdit la vue du côté gauche. Les yeux étaient le siége d'un larmoiement presque continuel; les pupilles étaient dilatées et immobiles. Cependant le malade grandissait, mais il ne pouvait soutenir sa tête. La région frontale, surtout dans le point où elle est voisine de l'orbite, faisait saillie. Peu à peu les sutures sagittales dans sa portion descendante, coronale, lambdoïde, s'écartaient, et les temporaux s'écartaient un peu des pariétaux. En pressant avec les doigts l'intervalle des sutures, on ne provoquait aucune douleur, et on ne percevait aucune fluctuation, mais seulement une certaine mollesse. La taille augmentait; le corps ne s'amaigrissait pas; les dents parcouraient leurs révolutions. Il n'y avait d'autres symptômes que de violentes douleurs céphalalgiques, revenant de temps en temps et irrégulièrement, avec une rigidité convulsive des membres. Dans la dernière année de sa vie, fréquentes lipothymies, pouls imperceptible, respiration très-incomplète, extrémités froides. Le malade meurt au bout de trois ans de souffrance.

Autopsie. La suture sagittale et la suture coronale présentent un écartement de deux pouces. L'écartement de la suture lambdoïde est moindre. La plus grande épaisseur des pariétaux et du frontal est de deux lignes. Au premier aspect, le cerveau ne présente rien d'anormal, si ce n'est qu'il est très-volumineux et que ses lobes sont indistincts. Mais tout ce qui appartient au cerveau est converti en une masse très-molle, blanche, diffluente. Cette couche cérébrale n'a que deux lignes dans sa plus grande épaisseur. Après avoir divisé cette bouillie avec le doigt, on rencontre une vessie ou un sac distendu, qui repose en avant sur la base du crâne, l'orbite et la selle turcique, et en arrière sur la tente du cervelet. Ce sac est entouré, supérieurement et sur les côtés, par cette bouillie cérébrale qui lui sert d'écorce. A l'ouverture du sac, il s'en écoule quatre livres onze onces d'une sérosité limpide, assez visqueuse. Les parois de ce sac ne le cédaient point en épaisseur à la dure-mère. Les nerfs optiques étaient apparents au dessous; mais ils étaient diffluents, aplatis, plus mous que la substance cérébrale : à peine s'ils avaient la consistance de la crème. Le reste du cerveau était sain. Le cervelet était très-dur. (Berdot. *Acta Helvetica, t. V*).

Un des points les plus obscurs et les plus inexplicables de l'histoire des hydatides du cerveau, c'est leur développement. Ici les entozoaires naissent dans une cavité fermée de toutes parts; il est donc impossible d'y faire intervenir la théorie de Linnée (*Amœnit. Acad.*, *t.* 2, *p.* 937), ou celle d'Andry (*De la génération des vers.* 1700).

Les données que la science possède sur les hydatides ne permettent pas d'arriver à des résultats bien concluants; cependant j'ai cru devoir étudier l'influence des âges, des sexes, des constitutions, des professions, sur le développement de ces entozoaires.

J'ai comparé 47 cas, épars çà et là dans les annales de l'art. De ces 47 malades, 31, ou les deux tiers, appartiennent au sexe masculin, 16, ou l'autre tiers, appartiennent au sexe féminin. Je n'attache certainement pas une grande importance à ces résultats; cependant la proportion me semble trop forte en faveur du sexe masculin, pour qu'il n'y ait pas là autre chose que l'effet du hasard.

Sous le rapport de l'âge, 3 sujets avaient de 5 à 10 ans, 6 de 10 à 20 ans, 2 de 20 à 30 ans, 5 de 30 à 40 ans, 6 de 40 à 50 ans, 6 de 50 à 60 ans, 4 de 60 à 70 ans; 3 avaient 70 ans. Dans 10 cas on n'a pas noté l'âge : cependant dans la moitié de ces cas il est dit que c'étaient des jeunes gens, ce qui élève à 7 la proportion de sujets de 20 à 30 affectés de cette maladie. Il de suit là que c'est dans la jeunesse et dans l'âge adulte que les hydatides de l'encéphale sont le plus fréquentes.

Je ne possède pas de données satisfaisantes sur l'influence des constitutions et des professions : je dirai seulement qu'un des malades dont M. Nivet a rapporté l'histoire, et dont le cerveau renfermait un certain nombre de cysticerques ladriques, était

tueur de cochons. Il est plus que probable, comme l'observe M. Nivet, que cet homme avait dû se nourrir plus d'une fois de la viande de cochon ladre. Il n'y a peut-être là qu'une coïncidence ; cependant l'influence que l'alimentation exerce chez les animaux herbivores est tellement réelle qu'on ne peut, je crois, la nier d'une manière absolue chez l'homme. On a remarqué que, chez les animaux, les hydatides se montrent surtout lorsque les conditions d'humidité s'étendent à l'alimentation ou à la localité qu'ils occupent. Remarquons d'ailleurs que les hydatides se développent presque toujours chez des individus qui se nourrissent mal, qui sont dans de mauvaises conditions hygiéniques, ou qui font des excès. Il serait important de savoir si les influences alimentaires qui produisent les hydatides chez les animaux en amèneraient le développement chez l'homme : je manque de données pour résoudre cette question.

Sur les 47 cas que je rapporte, je n'ai trouvé de causes indiquées que six fois ; ces causes sont : contusion de la tête, 2 fois; chagrins, infortunes, 2 fois ; suppression de la goutte et d'une sécrétion salivaire ancienne, 2 fois ; suivant Bremser, la contusion d'un organe serait une cause prédisposante au développement des hydatides. On voit que pour le cerveau je n'ai pu vérifier cette coïncidence.

L'existence d'hydatides dans un point donné du corps, tel que le foie ou les poumons, etc., est certainement une cause prédisposante au développement des hydatides de l'encéphale. Quant à la cause primitive essentielle de ce développement, elle nous échappe, et il y a dans l'étiologie de cette affection, comme le dit Laennec, un mystère dont l'observation n'a pas encore arraché la connaissance à la nature.

Il n'y a pas de doute que les hydatides peuvent exister longtemps dans le cerveau sans produire des symptômes bien appréciables : c'est ce que prouve l'observation suivante :

Obs. XI.—Un tailleur de pierre, âgé 54 ans, doué d'une constitution sèche, entra à l'hôpital, après avoir offert des symptômes thoracique et abdominaux graves ; l'intelligence était saine et passablement développée ; il n'existait aucun trouble des fonctions cérébrales. Mais l'on observa différents degrés de phthisie pulmonaire et laryngée. Cet homme, malgré le soins les plus assidus, succomba vers la fin du second mois à partir de son admission à la Charité, après avoir présenté de l'aphonie, de la douleur vers la région du larynx, de la toux, de l'oppression, du gargouillement sous la clavicule gauche, du dévoiement. Le pouls conserva sa régularité, et l'on nota seulement un peu de délire dans la nuit qui précéda la mort. A la partie supérieure et sur les côtés du cerveau, on voyait, au dessous de la pie-mère, une vingtaine de vésicules, qui dépassaient les circonvolutions d'une ligne ou d'une ligne et demie environ ; le reste était enfermé dans la substance cérébrale, demeurée saine à leur pourtour. Ces vésicules avaient une forme arrondie et des dimensions variées. Trois d'entre elles étaient du volume d'une noisette ordinaire, uniformes à leur surface, et offraient une espèce de pédicule, d'où partait une membrane blanchâtre et opaque, qui ne recouvrait pas l'hydatide dans toute son étendue ; celle-ci était formée par une membrane molle et mince, contenant un fluide, qui troublait un peu l'eau. Les autres hydatides avaient la même structure, étaient un peu plus considérables, plus opaques et plus ou moins bosselées ; ce qui donnait à quelques-unes d'entre elles l'aspect d'une mûre. Le cerveau était injecté ; les ventricules latéraux, la protubérance et le cervelet étaient dans l'état naturel. (Louis, *Recherches sur la phthisie*, p. 158.)

M. Calmeil range les hydatides que M. Louis vient de décrire, parmi les cysticerques. Pour moi je pense, d'après la description que cet excellent observateur a donnée, que toutes n'appartenaient pas au genre cysticerque, et qu'il y avait des polycéphales : cette distinction est, au reste, peu importante pour le diagnostic.

Je ferai d'abord observer qu'aucune de ces hydatides ne siégeait dans les parties centrales du cerveau ; qu'aucune n'avait un volume considérable. D'autre part, ne voyons-nous pas que les tubercules, le cancer du cerveau, peuvent exister longtemps dans l'encéphale, sans annoncer leur présence par des phénomènes bien appréciables ? L'observation de M. Louis vient à l'appui de ce fait bien connu, que le cerveau peut supporter longtemps l'existence d'un corps étranger dans son intérieur, sans en être notablement affecté ; mais elle ne prouve pas que, si cet homme eût vécu, il n'eût pas éprouvé plus tard des accidents cérébraux : il est impossible de conclure de ce fait que les hydatides de l'encéphale ne se traduisent par aucun symptôme. Autant vaudrait dire que les tubercules pulmonaires ne s'annoncent par aucun signe, parce qu'on a trouvé quelquefois des tubercules dans les poumons sans que l'auscultation et la percussion en eussent révélé l'existence. Quoi qu'il en soit, je commencerai par énumérer tous les symptômes que l'on a rencontrés. Je rechercherai ensuite, en rapprochant ces symptômes de ceux qu'on observe dans les autres affections organiques, s'il n'est pas possible, je ne dis pas de diagnostiquer, mais de supposer l'existence des hydatides de l'encéphale.

Le phénomène le plus constant, le plus commun, dans l'affection hydatique du cerveau, c'est la céphalalgie. Sur 47 cas que j'ai réunis, je la trouve notée 20 fois. Cette douleur était rarement vive ; le plus souvent elle était sourde, profonde, habituelle, persistante. Cependant elle n'était pas tout à fait continuelle : elle diminuait parfois, et présentait des paroxysmes, des exacerbations. En général cette céphalalgie suivait une marche progressive, et devenait d'autant plus forte que la maladie approchait plus du terme fatal.

La douleur dont la tête est le siége peut se répéter dans d'autres parties : c'est ainsi que, chez trois individus atteints de cette affection, il y avait des douleurs musculaires dans les membres inférieurs; chez deux d'entre eux, ces douleurs s'expliquaient par l'existence d'hydatides dans les muscles de cette partie.

Sur 47 cas, la sensibilité générale était diminuée 5 fois; la vue considérablement affaiblie ou perdue, 6 fois ; l'œil photophobique, 1 fois ; la conjonctive insensible, 1 fois ; l'ouïe viciée ou perdue, 2 fois ;

l'odorat éteint 1 fois ; les vertiges et le coma sont notés 4 fois ; 4 fois des attaques apoplectiformes, dont une entre autres, avec perte de connaissance, a duré trois jours, et s'est terminée par une hémiplégie (Wepfer).

Les lésions de la sensibilité présentent, sur beaucoup de sujets, une variation continuelle. Le même individu peut recouvrer et perdre alternativement la faculté de voir ou d'entendre : c'est ainsi que, chez un malade dont j'ai rapporté l'histoire (obs. VIII), et qui était affecté d'amaurose, la vue s'était rétablie sous l'influence d'une médication révulsive énergique.

Parmi les lésions du mouvement, je citerai en première ligne les convulsions épileptiformes qui existaient 7 fois sur 47, les tremblements musculaires 2 fois; l'articulation des mots difficile 2 fois, les convulsions de la face 1 fois ; 3 fois il existait des tournoiements. On n'a jamais observé de contracture.

L'hémiplégie plus ou moins complète s'est observée 6 fois sur 47; celle de la face 1 fois; la paralysie de la paupière supérieure 1 fois ; la paralysie générale n'a jamais été observée ; 1 fois seulement on a noté les mouvements difficiles. La paralysie du rectum et de la vessie a été observée seule 1 fois, par M. Calmeil. En général, la paralysie a été le plus souvent incomplète ; elle s'est établie, graduellement ou tout à coup, après des attaques convulsives ou apoplectiformes. En général, l'hémiplégie s'observait du côté opposé au siége de la maladie. Dans le cas où j'ai noté que tous les mouvements étaient difficiles, cette difficulté de se mouvoir était beaucoup plus prononcée sur le côté opposé à l'hémisphère cérébral qui présentait le plus grand nombre d'entozoaires dans son intérieur. La paralysie de la langue n'a été notée qu'une seule fois. La démarche est restée quelquefois chancelante.

Les lésions de l'intelligence ne sont rien moins que constantes; le plus souvent elle ne se trouble que vers les derniers instants de la vie ; assez souvent les facultés intellectuelles ne perdent leur lucidité qu'à des intervalles plus ou moins éloignés ; et l'on remarque, chez les sujets qui portent cette maladie, soit un état d'idiotisme plus ou moins complet (3 sur 47), soit une perte de la mémoire (4 sur 47), soit un véritable délire (6 sur 47) ; enfin, chez quelques individus, on trouve de la mélancolie (1 sur 47), du penchant au suicide (2 sur 47), de la manie ou de la démence (4 sur 47).

Du côté de la vie de nutrition, on ne trouve rien de bien particulier : les vomissements opiniâtres ne s'observent que fort rarement. Les malades paraissent jouir d'une santé générale assez bonne. Ils conservent même quelquefois une partie de leur embonpoint. Vers les dernières périodes de l'existence, on observe assez souvent de l'accélération dans le pouls.

La mort a lieu dans une attaque apoplectiforme ou dans un accès convulsif, plus souvent dans le délire ou le coma.

Ce qui frappe, quand on étudie les maladies cérébrales et surtout les affections organiques, c'est que les symptômes fonctionnels ne sont pas en rapport avec la nature de la lésion elle-même, mais bien plutôt avec le mode de développement de cette lésion, l'étendue qu'elle occupe, la nature des parties lésées, l'état de la substance nerveuse autour d'elle, et surtout avec la réaction qu'elle provoque dans l'encéphale. Par cela même, ce n'est pas dans les phénomènes cérébraux envisagés en eux-mêmes, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic, mais bien dans l'enchaînement de ces phénomènes et dans l'ensemble des circonstances de la maladie. « Tant qu'il n'existe pas de réaction, dit M. Calmeil, c'est absolument pour l'individu comme si les altérations n'existaient pas au sein des tissus. Tant que l'équilibre de la vie organique est intact, rien ne se manifeste; mais aussitôt qu'il est détruit, les accidents marchent graduellement jusqu'à une terminaison fatale. » Cette opinion de M. Calmeil ne me paraît applicable qu'aux altérations peu étendues, car, lorsque la désorganisation d'une partie centrale du cerveau est poussée loin, il existe des symptômes fonctionnels qui expriment cette désorganisation ; mais il est exact de dire que les malades succombent bien plus souvent aux accidents de réaction qui s'allument autour du foyer de la maladie, qu'aux altérations elles-mêmes. Quoi qu'il en soit, c'est dans les conditions particulières que je viens d'énumérer, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic différentiel.

Ce qui différencie l'affection hydatique du cerveau de l'encéphalite diffuse, aiguë ou chronique, de l'encéphalite locale aiguë, de l'hémorrhagie, du ramolissement, ce sont : la lenteur de l'invasion, l'intermittence de la marche, l'accroissement graduel, mais non continu ; l'absence de paralysie, du moins dans la majorité des cas; l'absence de phénomènes réactionnels, excepté aux approches de la terminaison fatale. Il n'est pas aussi facile de séparer les hydatides du cerveau des tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses de cet organe. Voyons si, en comparant les symptômes de ces trois affections dans leur forme la plus tranchée, il ne serait pas possible d'arriver à un diagnostic probable.

Dans le cancer du cerveau, le malade est ordinairement âgé ; il éprouve de violentes douleurs de tête, de la faiblesse d'un côté du corps, des convulsions épileptiformes vers le côté faible, diverses lésions de la sensibilité et de l'intelligence ; ordinairement il porte, sur quelque partie du corps ou dans les cavités splanchniques, soit des ulcères cancéreux, soit des tumeurs de même nature; la peau présente une coloration jaune-paille caractéristique : ces derniers caractères ne laissent que peu de doutes sur l'existence d'un cancer du cerveau.

Dans les tubercules du cerveau, le sujet est ordinairement fort jeune ; il présente tous les symptômes de la diathèse scrofuleuse (abcès froids, tubercules mésentériques et pulmonaires). S'il est né de parents tuberculeux, s'il présente une céphélalgie, soit continue, soit intermittente et irrégulière dans ses retours, fréquemment fixée à une partie circonscrite de la tête ; si, en outre, il est plongé dans un dépérissement remarquable, s'il survient des phénomènes de paralysie ; si, surtout, cette paralysie est très-circonscrite, on a les plus grandes probabilités pour l'existence de tubercules dans les centres nerveux.

Dans l'affection hydatique du cerveau, le malade est ordinairement à l'âge moyen de la vie; il présente l'état de santé le plus satisfaisant; cependant, sans que sa santé se détériore, il est pris d'une céphalalgie assez constante, mais non continue, de convulsions épileptiformes; il meurt dans le délire ou dans le coma; rarement il existe de la paralysie, et cette paralysie, quand elle existe, non-seulement n'est jamais parfaitement circonscrite, mais encore elle n'est jamais complète. Ce défaut de circonscription des phénomènes pathologiques, le peu d'altération qu'éprouve la santé générale, doivent certainement mettre sur la voie de l'existence des hydatides. Si le malade présente dans d'autres organes des tumeurs qu'on peut soupçonner de nature hydatique; bien plus, s'il a rendu, par les poumons ou par les intestins, des vers vésiculaires, le diagnostic gagne en précision et en certitude.

Si les trois affections cérébrales dont je viens de parler se présentaient toujours avec les caractères tranchés que je leur ai assignés, on commettrait des erreurs de diagnostic plus rarement qu'on ne le fait ordinairement, mais malheureusement, la réaction qui s'allume dans les parties voisines des points pathologiques, les altérations nouvelles qui se produisent, tendent à changer la forme de la maladie, et à compliquer les phénomènes déjà si complexes de ces affections. Aussi, lorsqu'on ne se trouve pas placé dans des conditions aussi heureuses que celles que j'ai fait connaître, est-il permis d'hesiter : c'est alors qu'il est impossible de déterminer, d'une manière précise, le développement et la présence des hydatides du cerveau, aussi bien que de toutes les autres affections organiques des centres nerveux. Dans ces trois cas, on reconnaît qu'il existe une tumeur dans le cerveau, mais sa nature reste indéterminée, à moins qu'on ne trouve, dans l'état général du malade ou dans l'enchaînement des symptômes, de quoi éclairer le diagnostic. J'ajouterai que, dans l'affection hydatique, aussi bien que dans toutes les autres affections organiques de l'encéphale, où le diagnostic est entouré d'un aussi grand nombre de difficultés et d'incertitudes, on ne doit établir, en général, qu'un diagnostic approximatif. C'est pour cette maladie surtout qu'on peut dire ce que Laennec disait, mais à tort, de la péricardite : on peut la deviner, mais non la reconnaître.

Dans les autres organes, l'affection hydatique peut se guérir de deux manières : ou bien les hydatides sont expulsées hors du corps de l'homme, ou bien la poche qui les renferme, quand il y en a une, se resserre spontanément et se convertit en une petite masse fibreuse. Il n'en est pas de même dans le cerveau : d'abord, les hydatides sont renfermées dans une boîte osseuse (le crâne), dont elles ne peuvent sortir; ensuite, on ne connaît aucun fait qui puisse faire admettre le resserrement du sac hydatique dans cet organe. Aussi n'a-t on jamais observé de terminaison par guérison.

Quant à la durée de l'affection hydatique de cerveau, d'une affection que rien n'annonce à son début, et qui ne se trahit qu'alors qu'il existe soit des désorganisations profondes, soit des maladies cérébrales intercurrentes, il est impossible d'avancer rien de précis. Cependant on peut dire, en général, qu'elle n'entraîne pas ordinairement des accidents immédiatement mortels; que ce n'est qu'à une époque plus ou moins éloignée, après des mois et même des années de souffrance, qu'il survient une terminaison fatale.

Le prognostic des hydatides du cerveau varie, suivant le nombre des hydatides, les altérations qui existent autour d'elles, et surtout suivant leur situation dans la substance nerveuse. On comprend que lorsque les entozoaires ont leur siége, soit dans les grandes cavités séreuses, soit dans les ventricules, ils donnent lieu à un danger moins immédiat, et peuvent se développer longtemps et beaucoup, sans que l'économie en soit affectée. Quoi qu'il en soit, les dydatides du cerveau constituent une des maladies les plus graves de cet organe; le développement énorme qu'elles sont susceptibles d'acquérir, la facilité, la promptitude avec laquelle elles peuvent se multiplier, les lésions concomitantes qu'elles peuvent faire naître dans les masses centrales du système nerveux, rendent facilement compte de leur gravité (Calmeil).

J'aurai bien peu de choses à dire du traitement à opposer aux hydatides de l'encéphale; tout le monde est à peu près d'accord pour reconnaître qu'on n'a aucun moyen de prévenir la multiplication ou l'accroissement des ces entozoaires. Cependant, dans une maladie aussi certainement funeste, on serait coupable si l'on n'essayait pas les médications proposées contre les hydatides en général, telles que le calomel (proposé par Baumes), l'huile de pétrole (remède de Chabot), le chlorure de sodium, etc. D'un autre côté, le malade devra être placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables, afin de prévenir, si cela est possible, la multiplication des vers vésiculaires.

Il y a plus, comme on ne peut jamais être matériellement sûr de l'existence des hydatides dans les centres nerveux, il faudra combattre tous les symptômes graves à mesure qu'ils se présenteront. C'est ainsi qu'on opposera aux congestions vers les centres nerveux, aux réactions locales et générales, l'emploi des émissions sanguines générales, des ventouses scarifiées à la nuque ou derrière les apophyses mastoïdes, des pédiluves fortement sinapisés; les malades seront mis à l'usage des boissons rafraîchissantes, etc.

Si l'on n'obtient aucune amélioration des moyens que je viens d'indiquer, on emploiera les vésicatoires sur la tête, les moxas, les cautères profonds à la région sincipitale, dont j'ai vu obtenir de bons effets. Heureux si par ces moyens on parvient à prolonger l'existence des malades et à alléger leurs souffrances.

(*Archives gén. de Médecine*, sept.)

102. *Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales ;* par M. Bricht, médecin à l'hôpital Guy (1).

Je me propose dans ce travail d'éclaircir le diagnostic des tumeurs abdominales, surtout de celles qui appartiennent au foie. Les maladies de cet organe ont constamment attiré l'attention des praticiens depuis la plus haute antiquité : cependant, il faut l'avouer, des préjugés ont souvent été mis à la place de l'observation, des symptômes dépendant de maladies du cœur, des poumons, de la rate, de l'estomac, du colon, des reins, ayant été attribués au foie. Pour rendre le diagnostic aussi correct que possible dans les affections de cet organe, il importe d'abord de déterminer le volume et la forme de celui-ci. Cette tâche est dans beaucoup de cas difficile, sinon impossible; et, lorsqu'elle peut être remplie, elle peut tromper, si l'on ne tient pas compte d'autres circonstances que nous allons faire connaître. Cependant, lorsque cette détermination est exacte, elle constitue un des éléments les plus importants du diagnostic.

Une des plus grandes difficultés pour découvrir la forme et le volume du foie dépend de la position de cet organe, car lorsqu'il est sain, il est, par rapport aux côtes et au diaphragme, comme le cerveau par rapport au crâne, c'est-à-dire, caché à la vue et au toucher.

Une autre difficulté, c'est que le foie, sans être malade, est susceptible de déplacement par la présence d'un liquide dans la cavité de la poitrine, ou par des tumeurs formées entre le foie et le diaphragme.

Une troisième source de difficultés est dans l'induration et l'hypertrophie des organes voisins, tels que les reins, l'estomac, l'épiploon, le colon, qui peuvent en imposer pour une maladie du foie, ou déplacer celui-ci.

Malgré toutes ces circonstances embarrassantes, nous pouvons dans beaucoup de cas, par l'examen attentif des apparences extérieures et des signes fournis par le toucher et par la percussion, arriver à une connaissance assez exacte du volume et de la forme du foie, lorsque, bien entendu, ce volume et cette forme sont exagérés d'une manière morbide, et éclaircir ainsi la nature de certains symptômes et de l'état général de la constitution.

Le grand lobe droit du foie est, dans l'état normal, complétement caché sous la voûte du diaphragme ; il ne dépasse pas le bord des côtes, et s'étend en haut jusqu'à la sixième ou septième côte du même côté. Le lobe gauche s'étend ordinairement jusqu'à la partie inférieure du cartilage xyphoïde; une partie de son bord inférieur est dans la direction du scrobicule du cœur lorsqu'on ouvre le cadavre, et généralement c'est la seule partie visible de l'organe. — Par suite de ces conditions, le foie, s'il est sain, n'entre que pour très-peu dans le son produit par la percussion sur les parties molles de l'abdomen. Si tous les organes sont libres et vides, ce son est ordinairement clair depuis le bord inférieur des côtes jusqu'à la partie inférieure de la région pubienne. En conséquence, si le son est quelque part mat, le premier devoir du praticien est de déterminer l'étendue et les connexions de ce son contre nature. Si la matité peut être suivie d'une manière non interrompue jusque sur le bord des côtes du côté droit, on peut soupçonner l'existence d'une maladie au foie. Plus l'oreille est parfaite et exercée, plus elle peut distinguer clairement le son naturel du son anormal ; mais dans certains cas de maladie très-étendue dans laquelle le foie et d'autres organes sont irrégulièrement hypertrophiés et tuberculisés, l'investigation est très-difficile. D'après mon expérience, cependant, le toucher est plus sujet encore à tromper que l'auscultation, lorsqu'il existe dans l'abdomen des dépôts étendus de matière tuberculeuse ou fongoïde. Nous ne commettrons cependant pas l'erreur de croire à la non-existence d'une tumeur au foie, lorsque la matité et la dureté sont tellement étendues qu'elles dépassent les limites naturelles du foie; car il n'y a pas de tumeur, quelque volumineuse qu'elle soit dans l'abdomen, qui ne puisse être formée par le foie hypertrophié; et si l'on suit attentivement et d'une manière continue le son mat ou la dureté sous les côtes du côté droit, on est autorisé à attribuer au foie la maladie, car il n'y a pas un autre organe auquel on puisse logiquement l'attribuer. Néanmoins, je dois avouer que nous ne tombons pas toujours juste, car les difficultés sont telles qu'on ne peut se flatter d'infaillibilité.

Il est une autre erreur qui doit être évitée : elle est relative à la rapidité avec laquelle la tumeur s'est déclarée. On croit que l'idée d'une tumeur du foie est incompatible avec l'idée d'un développement rapide : l'observation cependant m'a appris que peu de semaines suffisent pour donner au foie un développement extraordinaire, et ce développement peut exister sans douleur notable. Lorsque les symptômes locaux ou les signes physiques sont douteux, nous interrogeons la constitution générale du sujet. Ainsi, par exemple, la maladie du foie existe rarement longtemps sans produire une altération particulière dans la physionomie du sujet. Dans quelques cas, ainsi que nous le verrons, une jaunisse franche accompagne les tumeurs hépatiques; mais dans beaucoup de cas ce caractère est à peine prononcé, bien que le mal du foie soit plus formidable. Néanmoins, la teinte jaunâtre aux joues, aux tempes et à la conjonctive existent le plus souvent lorsque la structure du foie est fortement endommagée par la présence d'une tumeur; nous disons *le plus souvent*, car ce symptôme peut manquer, et son absence ne nous autorise pas à nier l'affection au foie. Des végétations fongoïdes très-considérables émanent quelquefois de la substance du foie, sans déterminer ni la jaunisse véritable, ni la teinte jaunâtre qui en constitue le degré le plus faible; le même phénomène négatif s'observe parfois dans les hypertrophies énormes, dans les dégénérescences graisseuses du même organe.

Un aspect cachectiques particulier et une émaciation graduée ou rapide accompagnent fréquemment les maladies du foie. Cela cependant est loin d'être

(1) Extrait du Guy's hospital reports, octobre 1840. (Traduction de M. Rognetta.)

constant; il est même certaines hypertrophies qui ne s'accompagnent au contraire que d'un surcroît de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'épiploon et dans le mésentère. L'état de l'estomac et des intestins aide beaucoup le diagnostic des maladies du foie. Les hémorrhagies par l'estomac et par le rectum, et les collections de sérum dans le péritoine, sont des symptômes qui souvent accompagnent ces maladies.

Les tumeurs formées par le foie varient beaucoup relativement à leur étendue et à leurs caractères. Quelquefois elles dépassent à peine le rebord des côtes; d'autres fois elles descendent jusqu'au pelvis, et s'engagent dans ses ouvertures. Elles sont tantôt lisses et polies, tantôt lobuleuses et avec des inégalités plus ou moins grandes à leurs surfaces; dans quelques cas elles sont molles et dépressibles, dans d'autres résistantes et dures.

Je diviserai en deux catégories les tumeurs du foie d'après la forme *lisse ou irrégulière* de leur surface, condition facile à connaître, et qui marque une différence réelle dans la nature de la maladie.

§ I. Collections de maladies fécales simulant les tumeurs du foie.

Souvent il arrive que les médecins diagnostiquent une maladie de ce genre, alors qu'il s'agit tout simplement d'une accumulation de matières fécales dans le colon; ce cas est des plus fréquents; la déception est complète, parce que ces collections imitent de la manière la plus frappante un développement du foie ou d'autres organes, qu'on croit sentir et mesurer d'une manière évidente. On administre des remèdes qui agissent efficacement sur les intestins; une débâcle a lieu, et la tumeur disparaît. J'ai rencontré moi-même quatre exemples de ce cas, dont trois il y a quelques mois seulement. Bien que je me propose de traiter plus spécialement ailleurs des maladies du colon, je crois devoir rapporter ici ces faits, vu leur importance pratique relativement au diagnostic des tumeurs du foie.

Premier fait. — *Accumulation de fèces dans la portion sigmoïde du colon, imitant une maladie organique.*

Le 1er août 1840, je fus appelé auprès d'un jeune homme, arrivé à Londres depuis peu, convalescent d'un *purpura* intense, suivi d'une pneumonie grave. Il avait été saisi la nuit précédente de vomissements bilieux, avec prostration et douleurs intenses dans l'abdomen. Le pouls était fréquent et petit, la physionomie affaissée et pâle; sensibilité extrême à la pression de l'abdomen. Il était allé un peu à la garde-robe la veille et le jour de ma visite; mais je n'ai pu voir les matières. La première idée qui m'est venue a été celle d'un étranglement herniaire. J'ai questionné le malade en conséquence, en m'informant s'il éprouvait de la douleur aux aines; et en lui palpant ces régions, j'ai senti, non loin de l'anneau interne, une tumeur distincte. La partie de l'abdomen comprise entre la tumeur et le bord des côtes du même côté était plus sensible que dans le reste, et un peu tendue. J'ai naturellement soupçonné l'existence de quelque maladie organique. La tumeur était plus diffuse qu'une hernie ordinaire; cependant sa partie proéminente était circonscrite au toucher, mais elle ne se dilatait pas par les secousses du tousser. J'ai prescrit un cataplasme sur le côté gauche de l'abdomen, dix centigrammes (deux grains) de calomel et deux centigrammes et demi d'opium (demi-grain); une potion effervescente, avec excès d'alcali, dans le but d'arrêter le vomissement; plus une large injection (lavement) d'une solution aqueuse de savon. Ces remèdes ont été répétés deux ou trois fois, et ont produit avant la nuit une grande évacuation de matières fécales solides; la tumeur de la région iliaque a entièrement disparu, ainsi que les symptômes qui l'accompagnaient.

Dans ce cas la situation de la tumeur ne m'a pas conduit à l'idée d'une tumeur hépatique; mais si la collection eût eu lieu dans le colon transverse au lieu de l'être dans le colon descendant, elle aurait sûrement présenté tous les caractères de l'hypertrophie du foie, ainsi qu'on va le voir dans le fait suivant.

Second fait. — *Accumulation de matières fécales dans le colon, imitant une hypertrophie du foie.*

J'ai été appelé par M. Baldwin, pour voir un vieux gentleman qui était au lit depuis plusieurs jours, et qui était devenu graduellement jaune; sa langue était chargée, son pouls élevé; inappétence, insomnie, développement considérable de l'abdomen, avec quelque sensibilité; hoquet fréquent et envies de vomir, mais pas de constipation; les selles étaient bilieuses et assez fréquentes. En examinant l'abdomen plus soigneusement, on sentait distinctement une dureté que j'ai attribuée au foie, s'étendant depuis le bord des côtes du côté droit jusqu'à l'ombilic. Nous l'avons traité pendant plusieurs jours comme atteint d'une affection organique, et nous avons porté un pronostic fâcheux.

Par la suite cependant, nous avons commencé à nous apercevoir que les intestins fonctionnaient à peine; nous avons insisté sur les purgatifs; une décoction d'aloès, de séné et d'alcali, les pilules de galbanum, les pilules bleues (*blue pills*), et l'extrait de coloquinte, ont été largement administrés. Le malade a rendu tous les jours des quantités incroyables de matières fécales; le gonflement a diminué par degrés, la matité de la percussion a graduellement fait place au son clair des viscères creux; la jaunisse a disparu, l'appétit est revenu, et en quelques semaines le malade a guéri; aujourd'hui il est en parfaite santé, et sans la moindre trace d'affection hépatique.

Je n'ai pas le moindre doute que, dans ce cas, bien que le foie fût gorgé probablement, la tumeur principale et la matité de la région hépatique ne dépendissent de la collection de matières fécales dans le colon. Nul doute que dans ces cas un ensemble de circonstances ne concoure au développement de l'hypochondre, et que l'estomac ne se congestionne que par suite de la surcharge des intestins; car

lorsque le colon n'est pas distendu, nous voyons souvent le foie se congestionner, et cet état disparaître sous l'influence des purgatifs.

Troisième fait. — *Accumulation de matières fécales dans le colon, imitant une tumeur fongoïde.*

Le 1er octobre 1839, j'ai été demandé par M. Newton pour voir un malade portant une tumeur au côté droit de l'abdomen, sur la nature de laquelle les opinions étaient fort partagées. Le patient était âgé de trente ans, d'une constitution exsangue particulière, approchant de la chlorose. J'ai appris que trois ans auparavant il avait été atteint d'une inflammation d'intestins, laquelle s'est répétée consécutivement plusieurs fois; que ses intestins étaient restés depuis lors irrités, et avaient besoin souvent de l'usage des purgatifs pour fonctionner; que depuis un an il s'était aperçu pour la première fois d'une tumeur à la région iliaque droite, et qui avait progressé jusqu'au moment de mon examen. J'ai trouvé que cette tumeur existait précisément à l'endroit de la courbure du duodénum, qu'elle avait le volume d'une orange et était un peu mobile. On m'a appris que quelques mois auparavant la tumeur avait été beaucoup plus mobile, qu'elle avait changé de place, presque par son propre poids, durant les mouvements du corps.

En présence de tous ces faits, je n'ai pu donner une opinion positive sur la nature et le siége de la tumeur, mais j'ai pensé à la considérer comme une tumeur indépendante, sans connexion ni avec le rein, ni avec le foie, ni avec aucun autre organe, ou attachée peut-être à quelque pli du péritoine. Comme les intestins étaient très-irritables et qu'ils rendaient des matières, j'ai prescrit 15 gouttes de liqueur de potasse dans une infusion de *cusparia*, trois fois par jour, et l'application d'un emplâtre d'ammoniaque et d'hydrargirium sur la tumeur.

Le 18 octobre je l'ai vu de nouveau. Le médicament avait été pris régulièrement et la tumeur s'était ramollie; et, bien qu'elle fût encore mobile, j'ai trouvé que l'espace compris entre elle et le bord des côtes donnait un son mat, comme si le foie se fût prolongé jusque-là, ou comme si un corps formé dans l'épiploon était venu s'attacher au foie, car il paraissait très-serré contre les parois abdominales. J'ai cependant noté en même temps sur mes cahiers de ce jour, que cela pouvait bien être aussi une collection de fèces dans le colon.

Le 22 novembre je l'ai revu encore; il avait souffert d'une diarrhée et de maux de cœur depuis dix jours; il était pâle, maigre et avait abandonné l'usage de la liqueur de potasse à cause de la diarrhée. La tumeur, cependant, avait diminué de volume et ne pouvait plus être distinctement observée; cela m'a fait fortement soupçonner qu'elle était formée par une collection de matière fécale. Le malade a été mis alors à l'usage de la teinture du muriate de fer.

Le 29 mars 1840, l'amélioration était des plus satisfaisante; l'usage du fer avait été continué, mais depuis trois semaines les intestins étaient constipés. M. Newton, qui soignait le malade habituellement, a prescrit une large injection d'eau savonneuse, ce qui a déterminé des évacuations de matières fort dures: le même lavement a été répété tous les jours. La tumeur a complétement disparu, seulement j'y ai pu sentir un petit nœud, dépendant probablement d'un léger épaississement du colon ascendant.

On voit dans ce fait un exemple remarquable de collection de matières stercorales capables de tromper le praticien le plus expérimenté; la tumeur, en effet, était très-prononcée depuis longtemps et offrait depuis quelques mois des caractères propres aux tumeurs malignes. Cet exemple donne aussi l'explication des guérisons obtenues par plusieurs personnes de tumeurs prétendues organiques.

Quatrième fait. — *Accumulation de matière fécale dans le colon, imitant une maladie maligne du foie.*

A. B., matelot, âgé de cinquante-cinq ans, a été reçu à Guy's hospital dans mon service, portant une tumeur dure, lobulée, dans l'abdomen, précisément entre la pointe du cartilage xyphoïde et l'ombilic, très-douloureuse à la pression et même sans pression. Le teint du malade était jaune; dévoiement. Après un examen attentif, j'ai cru y voir une tumeur organique liée au lobe gauche du foie. Les effets produits par les remèdes employés et l'aspect du malade, loin de me détromper, m'ont confirmé dans mon jugement quelques semaines après. Plus tard cependant, j'ai commencé à croire que les douleurs dont il se plaignait si souvent étaient plutôt spasmodiques et telles qu'on les observe dans les rétentions de matière fecale. En conséquence, je l'ai mis à l'usage des purgatifs, quoique les garde-robes ne fussent pas complétement supprimées. Des doses répétées de coloquinte, les pilules de galbanum, les pilules bleues, et de petites doses de muriate de morphine ont été successivement administrées. Quelques jours après l'usage de ces remèdes le malade a rendu des fèces dures en forme de balles; la tumeur et la douleur ont commencé à diminuer, puis elles ont fini par disparaître et le malade s'est trouvé guéri de la prétendue tumeur maligne.

— Je pourrais multiplier considérablement ces exemples, mais ceux que je viens de rapporter représentent des accumulations de matières dans les différentes portions du gros intestin et me paraissent suffire à l'objet que je m'étais proposé. Je suis généralement porté à établir que toutes les fois qu'une tumeur abdominale se présente dans la direction du colon, elle doit être examinée avec présomption de sa dépendance d'une pareille collection. Cela cependant est loin de mettre à l'abri d'un diagnostic erroné, car la position ou la direction du colon est elle-même très-variable. Il se passe, en effet, rarement un mois sans que j'aie l'occasion de vérifier ce fait. On peut voir à la planche VI, annexée à ce mémoire, trois dessins pris sur trois cadavres dans l'espace de dix jours, et qui offrent trois directions tout à fait différentes dans le colon. Dans l'un, l'arc du colon descend brusquement au niveau de l'ombilic; dans l'autre, la portion sigmoïde avance au-delà de ce point; dans le troisième, cette même partie décrit deux circonvolutions complètes, dont la dernière remonte jusqu'au duodénum, passe der-

rière l'estomac, puis descend dans le pelvis. J'ai assisté cette semaine à l'autopsie du cadavre d'un enfant qui avait succombé au croup et dont la portion sigmoïde du colon était plus tortueuse encore que chez ce dernier sujet.

Une autre source de difficultés pour le diagnostic est dans les maladies des reins qui sont très-fréquentes. Bien que le rein se dévoloppe rarement au point de pousser en avant le lobe droit du foie, néanmoins il constitue souvent lui-même une tumeur au-dessous du lobe droit, et comme il doit acquérir un grand volume avant de pouvoir être découvert, il en impose aisément pour une maladie du foie ou contiguë avec la substance de celui-ci. Il est cependant des circonstances qui peuvent faire distinguer une tumeur rénale, ainsi que je l'ai démontré dans un autre mémoire. (*Guy's hospital reports*, t. VI.)

Des maladies de l'estomac peuvent aussi être confondues avec les tumeurs du foie, particulièrement de son lobe gauche, mais cela est assez rare. La petite courbure, lorsqu'elle est squirrheuse, surtout lorsqu'elle est fixée pathologiquement au foie, ressemble beaucoup à une tumeur hépatique. Une végétation maligne dans l'estomac, un épaississement cancéreux du même organe, peut en imposer pareillement, mais un strict examen, surtout à l'aide de la percussion, fait constater le son de la cavité du viscère, et par conséquent avertit que la tumeur doit être dans son intérieur. En général, la douleur est alors rapportée dans l'estomac; elle augmente par le manger; le mal est accompagné de nausées, de vomissements, d'émaciation, sans symptômes propres aux affections hépatiques. Ces données autorisent à penser que la tumeur appartient à l'estomac et non au foie.

§ II. Affections malignes du péritoine et de l'épiploon, simulant des tumeurs hépatiques.

Une source beaucoup plus fréquente de difficultés est dans les altérations de l'épiploon et du péritoine, qui acquièrent une très-grande ressemblance avec l'état tubéreux et hypertrophique du foie. Dans beaucoup de cas on peut assez facilement distinguer le foie de la tumeur à un espace dans lequel le colon et l'estomac donnent un son clair à la percussion; on sent alors que les portions dures de l'abdomen développé sont distinctes et non liées avec le foie; il y a aussi absence de symptômes propres aux affections hépatiques. Je rapporterai cependant un cas dans lequel l'altération du péritoine s'offrait dans de telles conditions qu'il était difficile de la diagnostiquer d'une manière positive. J'en possède d'autres analogues que j'exposerai ailleurs.

Cinquième fait.—*Affection maligne du péritoine simulant une tumeur hépatique.*

J'ai été appelé le 22 novembre 1830, par M. Fernandez, auprès de Charles Rogers, âgé de quarante-quatre ans, cordonnier. Le commémoratif m'a appris que depuis un an environ il s'était aperçu d'une petite tumeur placée au-dessous du cartilage xyphoïde, laquelle avait augmenté en s'étendant en haut et en bas. Le malade vomissait les aliments depuis plusieurs mois, et depuis six semaines le vomissement avait constamment eu lieu une demi-heure après le repas, sans douleur ni difficulté; la matière vomie était noire, et offrait l'apparence et l'odeur des matières fécales. Les garde-robes d'ailleurs étaient noires. Son teint était pâle, mais non jaune.

A l'examen de l'abdomen j'ai trouvé deux ou trois tumeurs du volume et de la forme d'une moitié d'œuf près du scrobicule du cœur, mais la moitié supérieure de l'abdomen présentait une substance dure et uniforme, presque aussi résistante que le cartilage, développant généralement et uniformément l'abdomen. Au toucher cependant cette masse dure était lobulée comme le foie et s'étendait jusque dans le pelvis, mais plus à droite qu'à gauche. Dans cette dernière partie on sentait deux autres masses séparées de la tumeur principale.

Tous les remèdes employés ont été inutiles: le malade est mort le 9 décembre suivant.

A l'autopsie, que nous avons faite avec M. Fernandez, nous avons trouvé l'état suivant:

Cadavre émacié et pâle; tumeur dure dans tout l'abdomen, jusque dans le pelvis; une saillie distincte et ronde existe à la région de l'abdomen. On enlève les téguments et les muscles de l'abdomen, le péritoine offre une épaisseur de 6 à 7 centimètres (un quart de pouce) dans quelques points. On coupe cette membrane, et l'on découvre une masse considérable, très-ferme, presque de la couleur de la graisse, descendant jusque dans le pelvis, et prenant là la figure du foie, y étant divisée en lobes; elle s'étend en haut et repousse le diaphragme au-devant d'elle en prenant la forme de ce muscle, c'est-à-dire, la forme qu'il affecte durant l'expiration. En la soulevant de bas en haut, cette masse laisse voir les intestins qui se trouvent refoulés à gauche et qui sont couverts de tumeurs rondes, à demi-gélatineuses et d'apparence fongueuse; dans leur intérieur, ces végétations sont presque vésiculaires; elles naissent près de l'endroit où le mésentère se joint aux intestins; quelques-unes sont presque tout à fait pendantes par des pédicules de l'épaisseur de 13 centimètres (demi-pouce); deux ou trois pédicules, d'apparence vasculaire, servent de soutien à chacune d'elles. D'autres sont assises sur le mésentère ou sur l'intestin. Une grosse masse existait entre le rectum et la vessie.

En examinant attentivement la grande masse qui remplissait la plus grande partie de la cavité abdominale, nous l'avons trouvée formée de substance de nouvelle formation, mais enveloppant dans son intérieur le foie et l'estomac.

Le foie est très-altéré dans sa couleur et dans sa texture, mais diminué de volume. L'estomac était lui-même très-contracté, sa surface interne était très-irrégulière, de sorte qu'elle ne ressemblait en rien à la forme qu'elle présente dans l'état normal. La masse morbide descendait jusqu'aux reins en les enveloppant en partie; on pouvait la soulever par son bord inférieur, comme s'il s'agissait d'un foie hypertrophié; alors les intestins se déplaçaient, mais ils adhéraient avec elle par des granulations fongueuses. La structure de cette masse a paru tout

à fait vésiculaire à la dissection; on y voyait un grand nombre de kystes de volume égal, pas plus gros que de petits pois, de sorte que sa structure était tout à fait uniforme. Dans plusieurs endroits on voyait aussi des dépôts de matières gélatineuses comme dans l'hydropsie de l'ovaire. C'est là, comme on le voit, la structure décrite par M. Hodgkin, comme appartenant aux tumeurs malignes. Les poumons étaient très-sains, mais la plèvre présentait quelques petites végétations d'apparence fongoïde, comme celles de l'abdomen, et qui suivaient la direction des bords inférieurs des côtes. La face supérieure du diaphragme offre aussi de ces mêmes végétations, la face inférieure également, et ces végétations font adhérer le diaphragme au foie.

Le péritone, qui redouble le diaphagme, est très-épaissi et adhère au foie; mais cette adhérence ressemble plutôt à une application serrée et réciproque, qu'à une véritable union organique, car ces deux corps peuvent être séparés aisément, et l'on voit alors que les vésicules d'un côté s'enchâssent dans des enfoncements de l'autre. Nous avons injecté les vaisseaux d'une portion d'intestin; le liquide a passé dans les vésicules des tumeurs et les a colorées; les vaisseaux étaient distinctement développés, surtout vers les pédicules des végétations intestinales.

En disséquant les tumeurs, il nous a semblé que le péritoine en couvrait la partie inférieure; mais cette membrane était si amincie dans le reste, que nous n'avons pu la suivre. Dans plusieurs endroits cependant, principalement dans les points où la masse affectait une apparence lobulée, nous nous sommes assurés que ces bosselures étaient transparentes et formées par le péritoine. Le reste de la masse nous a paru également engendré dans la substance même du péritoine, et s'être propagée aussi dans la séreuse de la poitrine.

J'ai envoyé une portion de la tumeur formée par le péritoine autour du foie à M. Babington, lui demandant son opinion sur sa nature. Il m'a écrit la lettre suivante :

« J'ai examiné la substance que vous m'avez envoyée, et j'ai trouvé qu'elle consistait presque entièrement en du mucus épaissi. A l'exception du tissu cellulaire qui en formait le cannevas, elle s'est en effet dissoute dans de l'eau à la température atmosphérique, et aussi dans l'alcool, mais avec difficulté, ainsi que le mucus le fait ordinairement. La solution n'a pas été précipitée par la chaleur, ni par l'alcool, ni par les acides, ni par la teinture de galle, ni par l'oxymuriate de mercure, ni par la sulfate de zinc; mais le subacétate de plomb qui, d'après M. Bostock, est le véritable réactif du mucus, l'a précipitée abondamment. Les alcalis minéraux et végétaux dissolvent la matière, et donnent un solutum noir et presque opaque, qui, étant délayé, devient d'un rouge foncé sale. La neutralisation d'une partie de cette solution à l'aide d'un alcali ne la précipite point. La matière ne contenait pas un seul atome d'albumine, si l'on en excepte celle du tissu cellulaire. En un mot, elle se comporte exactement comme le mucus transparent expulsé des bronches en petites masses par la toux, et que Laennec a appelées, je crois, crachats perlés. Maintenant que la substance commence à se putréfier, elle offre plutôt une odeur particulière, analogue à celle du poisson vieux, mais non encore putréfié, qu'à celle du mucus en putréfaction. »

Avant la mort, nous nous sommes demandé quel était le véritable siége de la tumeur; l'examen attentif nous avai fait croire que ce devait être le foie ou l'épiploon, mais nous n'avions pu cependant nous prononcer d'une manière absolue. Voici les bases de ce diagnostic : les deux tumeurs placées près du cartilage xyphoïde étaient rondes et de la forme d'un œuf; non aplaties au centre et circulaires, comme les grandes tubérosités malignes de la substance du foie; la surface générale de la masse était lisse, sans aucune nodosité, comme dans les affections tubéreuses du foie; la tumeur était extraordinairement dure et inflexible; il existait une ou deux masses rondes dans la région iliaque gauche, lesquelles étaient séparées de la masse originale; jamais il n'y avait eu de jaunisse ni de teinte ictérique. Toutes ces circonstances nous avaient semblé suffisantes pour autoriser le diagnostic que nous avons porté.

§ III. Déplacements lents du foie.

Une autre source d'erreur existe dans le déplacement du foie par maladie au côté droit de la poitrine. Il arrive fréquemment qu'un épanchement considérable dans cette partie, ou une induration du poumon par suite d'une pneumonie ou d'une autre affection, repousse le foie de haut en bas de manière à le faire saillir dans l'hypochondre et de plusieurs pouces au dessous des côtes, ce qui simule l'hypertrophie de ce viscères et trompe aisément le médecin, soit en lui faisant admettre cette lésion comme réelle, soit en faisant attribuer au foie ce qui appartient au poumon.

Sixième fait. — *Déplacement du foie par collection aqueuse dans le thorax.*

M... vint me consulter le 14 juin 1836, pour être débarrassé des restes d'une pleurésie qu'il avait eue six mois auparavant; il portait un épanchement dans la cavité droite de la poitrine. On voyait à l'abdomen une tumeur dure, dans la région du foie, descendant jusqu'à l'ombilic : aucun symptôme hépatique cependant n'existait. L'auscultation m'a appris qu'il y avait absence de respiration vésiculaire au côté droit du thorax; le son de la percussion était très-mat. Je n'ai pas hésité à dire que la tumeur abdominale était occassionnée par le déplacement du foie produit par le liquide thoracique. En conséquence, j'ai prescrit les diurétiques, les mercuriaux et d'autres remèdes propres à favoriser l'absorption, et la tumeur abdominale a disparu.

En octobre, une rechute a eu lieu; les mêmes symptômes se sont reproduits, avec irrugalarité dans le pouls, gonflement aux jambes, etc. Même traitement; amelioration. Nouvelle rechute; le foie est légèrement saillant sous les fausses côtes. Mort.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, le foie se présente le premier à la vue; il dépasse de deux à trois pouces le rebord des côtes; sa surface n'offre

pas les conditions de l'état normal; elle est opaque et épaissie dans sa couche péritonéale, mais lisse, ce qui indiquait un premier degré de maladie; aucune altération cependant n'existait dans son intérieur.

Le cœur était gros et dilaté, mais ses parois étaient minces. Les deux ouvertures articulo-ventriculaires étaient larges et dilatées; ses valvules ne pouvaient pas exercer parfaitement leurs fonctions. Les valvules sémi-lunaires de l'aorte sont légèrement dérangées, mais non décidément malades. Un peu de liquide noir existe dans le péricarde. Toute la cavité droite de la poitrine est remplie d'un fluide puriforme; sa quantité a rempli une cuvette. Le poumon est affaissé et offre le volume d'une orange; sa partie supérieure seule admettait un peu l'entrée de l'air, le reste ne surnageait pas dans l'eau; il est mou, rugueux, coriace, et couvert d'une couche épaisse de lymphe. La plèvre est généralement couverte d'un dépôt très-épais de couches de lymphe floconneuse et imbibée de pus. Le poumon gauche est sain et très-adhérent.

Dans ce cas comme dans presque tous les autres semblables, il y a un ensemble d'actions qui pousse le foie au-dessous du rebord des côtes; il est rare qu'un grand épanchement ait lieu dans la cavité de la poitrine sans que la substance du foie soit congestionnée, ce qui contribue à augmenter son volume. Cette condition existait en effet dans le cas qui nous occupe.

Septième fait—(*analogue au précédent*).

Huitième fait.—*Abcès situé entre le diaphragme et le foie déplaçant cet organe.*

Le 6 août 1834, un enfant a été reçu à l'hôpital, dans le service de M. Back, pour être traité d'une bronchite. Bientôt la région hépatique s'est considérablement gonflée, formant une tumeur semblable à un coussin (cushion-like), et s'étendant à gauche. Pas de symptômes hépatiques, cependant. Sangsues et autres remèdes; le malade a été très-mal, et la tumeur a diminué tout à coup. On s'est alors demandé s'il s'agissait d'un foie très-congestionné par la bronchite, ou d'une collection de fèces dans le colon, ou enfin d'un abcès dans le froie qui se serait ouvert quelque part. Le soulagement éprouvé n'a été que momentané; le 11 août le malade est mort.

Autopsie.—Les poumons offrent les restes d'une pneumonie et d'une bronchite; le poumon droit adhère au diaphragme. Un large abcès existe entre le diaphragme et le foie, repoussant celui-ci de haut en bas. Le foyer était parfaitement isolé de la cavité péritonéale générale; mais il avait tellement comprimé le lobe droit du foie, qu'il y avait produit une excavation comme celle qu'un empyème occasionne dans le poumon. La surface du foie, cependant, n'était pas entamée, de sorte qu'il n'y avait pas de bile dans l'abcès. On comprend facilement comment un abcès a pu s'organiser dans cet endroit, sans altérer la substance du foie; il n'en est pas de même si l'on veut expliquer comment la tumeur a pu diminuer subitement, puisque le pus ne s'était pas échappé du foyer.

Je n'ai rencontré qu'un petit nombre de cas de déplacements du foie; mais toujours le diagnostic a été difficile. Je n'ai pas vu de cas dans lequels cet organe ait été transposé; mais j'ai observé le lobe gauche tellement allongé et élargi, sans lésion de structure, qu'il imitait le lobe droit, et dans quelques cas s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche, et touchait la rate.

Neuvième fait.—*Petits intestins placés au-devant du foie et cachant cet organe.*

M. Bushfield, âgé de cinquante ans environ, teint jaune, m'avait souvent consulté, depuis deux ans, pour des indigestions et un sentiment de malaise à l'estomac, mais sans vomissements. Son ventre était constipé, mais il souffrait beaucoup de l'action des purgatifs. Il parlait de douleurs au cœur, s'irradiant vers l'épine et vers le centre de la poitrine. Il avait promptement maigri beaucoup, et les symptômes qu'il présentait étaient tels qu'on a soupçonné chez lui une maladie maligne, bien qu'on ne pût en indiquer l'espèce. Dans la dernière année de sa vie il a présenté de la toux et des symptômes de phthisie pulmonaire.

En mars 1835 j'ai appris sa mort et j'ai pu faire l'autopsie. Son cadavre était très-émacié, mais l'examen le plus minutieux à travers les téguments n'a pu faire découvrir la moindre trace de tumeur ou de développement glandulaire. Dans les deux sommets du poumon il existait des cavernes, et des tubercules dans le reste de cet organe. Le cœur était sain, mais petit et flasque. Vers l'extrémité pyloryque de l'estomac étaient deux ou trois petits ulcères ronds. Le pylore était sain, le duodénum granulé; l'iléon présentait plusieurs ulcères, surtout près de la valvulve; le colon en contenait également. Les glandes mésentériques près des ulcères étaient hypertrophiées; le foie était sain, le pancréas congestionné, le rate doublée de volume; les reins étaient sains, mais congestionnés. Tel était l'état des organes; mais la circonstance la plus remarquable a éte la position relative des viscères de l'abdomen. A l'ouverture de cette cavité, on ne remarquait ni le foie ni le colon; mais à leur place se présentaient les circonvolutions des petits intestins qui se trouvaient complétement au-devant du foie; le colon et l'épiploon couvraient le foie, et cet organe se trouvait fortement pressé en arrière, de manière à présenter des gouttières profondes à sa surface.

Il est facile de comprendre qu'avec cette curieuse disposition on ne pouvait rien conclure d'après le toucher ou la percussion relativement à l'état du foie. Si une tumeur eût existé, par exemple, dans le lobe droit, le moyen le plus efficace de diagnostiquer aurait manqué, car la percussion aurait fourni un son clair et conduit à la présomption de l'existence de la maladie dans le rein.

Dixième fait.—*Déplacement du foie en haut par une tumeur encéphaloïde.*

La femme Anne Cook, âgée de cinquante-neuf ans, a été reçue dans mon service à Guy's hospital,

le 6 novembre 1839, pour être traité d'une affection chronique. Sa santé n'avait jamais été robuste; elle avait souvent souffert de rhumatisme et de dyspepsie. Sa maladie actuelle, cependant, ne remontait qu'à six semaines; elle avait reçu de la pluie sur le dos, et avait eu des frissons, des bouffées de chaleur, une grande soif, de la douleur au côté gauche, laquelle était accompagnée de toux et augmentait par l'inspiration. A l'examen, sa physionomie exprime la souffrance profonde; elle se plaint d'une grande douleur dans le côté gauche, près de l'angle des côtés. La région hypochondriaque gauche, précisément au dessous des fausses-côtes, présente une tumeur du volume du foie, très-sensible à la pression, saillante. La langue était brune et sèche; l'urine, en médiocre quantité, dépose des purpurates (textuel), et n'est pas coagulable par la chaleur. Le côté droit de la poitrine donne, en avant, un son clair à la percussion; la respiration est naturelle. Le côté gauche, en avant, offre un son mat qui s'étend jusqu'à la troisième côte; la respiration ne peut être entendue; en arrière, la percussion donne aussi un son mat, la respiration est tubaire; bronchophonie. Les bruits du cœur se sentent plus à droite du sternum. La femme est morte au bout de dix jours.

Autopsie.—Le cadavre est légèrement émacié et un peu ictérique. Cerveau sain dans sa structure, mais ses artères sont épaissies. On ouvre la poitrine: le diaphragme est poussé de bas en haut par le foie jusqu'à la hauteur de la troisième côte à gauche, et jusqu'à la sixième côte à droite. Le poumon gauche est poussé très-haut jusqu'à la septième côte, mais une petite portion, placée en bas et en arrière, est très-comprimée; au reste, les deux poumons étaient sains. Le cœur est poussé en haut et à droite.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une grosse tumeur dans l'hypochondre gauche, formée dans le lobe gauche du foie, qui poussait l'estomac à droite. La tumeur du foie est du volume de la tête d'un homme adulte, de forme ronde; sa surface externe est fermement adhérente à la partie inférieure du diaphragme, et postérieurement à la rate et aux reins. Sa substance est de nature fongoïde (fongus hœmatodes), formée aux dépens du parenchyme même du foie; elle est molle sur plusieurs endroits, de couleur noire, et ressemble à du sang caillé, tandis que sur d'autres elle est pâle, et analogue à la matière cérébriforme. Dans d'autres endroits, la surface du foie présente une apparence de fer, et contient aussi de petites portions de graisse. La vésicule biliaire est saine. La rate adhère fortement à la tumeur; elle est comprimée par celle-ci et allongée; sa structure est charnue. Le rein gauche est très-pressé contre la tumeur et aplati; son enveloppe se sépare aisément, et sa structure est saine. Le rein droit est de volume naturel; mais son enveloppe adhère à sa substance, et sa structure est granuleuse. Les autres viscères sont sains.

On comprend aisément les difficultés qu'il y a à diagnostiquer un cas comme celui-ci. Le stéthoscope ne fournissait que les signes de l'induration, tandis que la saillie des côtes faisait penser à un épanchement liquide dans la poitrine. Le commémoratif, d'ailleurs, était loin de conduire à la présomption de la nature de l'affection. Les douleurs continues et progressives pouvaient, il est vrai, être rapportées à une maladie maligne, mais elles existent aussi dans la pleuro-pneumonie. D'un autre côté, la dureté de la tumeur sous-costale pouvait très-bien s'allier avec la présomption d'un épanchement pleurétique. La tumeur elle-même pouvait être rattachée au foie, à la rate ou à l'estomac; et ce qui obscurcissait encore le diagnostic, c'était l'état normal du lobe droit du foie.

Ajoutons que la rate malade peut être confondue avec le foie, et *vice versâ*, le foie être pris pour la rate, surtout lorsque c'est le lobe gauche qui est malade, comme dans le cas précédent, et il n'est pas rare d'ailleurs de trouver le foie et la rate malades en même temps. Il ne faut pas oublier que les tumeurs ovariennes peuvent s'étendre jusqu'à l'hypochondre droit et dans toute la partie supérieure de l'abdomen, ce qui peut tromper le praticien le plus exercé.

§ IV. Tuméfaction du foie par congestion sanguine.

La forme la plus simple de la tuméfaction hépatique est celle qui dépend de la congestion sanguine, ou plutôt de la distension contre nature des vaisseaux sanguins de l'organe. Cette condition morbide est la plus fréquente de toutes, surtout à un faible degré; elle paraît se rattacher souvent à une cause mécanique, à l'engorgement de matières dans les intestins qui compriment les veines et gênent la circulation, et probablement aussi aident à la paresse des mouvements péristaltiques des intestins qui concourent également à la lenteur de la circulation.

Prolongée au-delà de certaines limites, cette lenteur détermine une congestion passive dans le foie, et, par suite, la tuméfaction de cet organe. Lorsque le foie est ainsi chargé de sang, il donne naissance à plusieurs des phénomènes qu'on appelle dyspepsiques ou hypochondriaques, qui altèrent les digestions, oppriment l'énergie de tout le système nerveux, et gênent quelquefois aussi les fonctions du cœur et du poumon. A l'examen, on trouve un léger bombement (fulness) au côté droit, et les côtes sont un peu soulevées. Le toucher fait reconnaître que l'espace sous-costal est plus résistant qu'à l'état normal, et même dur; et bien qu'à la rigueur on n'y voie pas une tumeur bien dessinée, le son mat donné par la percussion dans l'étendue de 25 à 50 centimètres (1 à 2 pouces) au-dessous des côtes, contraste d'une manière frappante avec le son creux que les viscères de cette région présentent à l'état normal.

La tuméfaction du foie dépendant de congestion sanguine est difficile à diagnostiquer avec précision lorsqu'elle existe au degré dont nous venons de parler. A un degré plus avancé, cependant, la maladie trahit elle-même son existence, le développement de l'organe le rendant manifeste à plusieurs pouces au dessous des côtes, où il peut être senti comme un corps dur, de la forme d'un coussin à bord inférieur défini, s'étendant jusqu'au niveau

ou au-dessous de l'ombilic. Dans ces cas, indépendamment des caractères locaux de la maladie, il existe à la peau une teinte ictérique qui ramène naturellement l'attention vers le foie. Ce caractère cependant peut quelquefois tromper, l'engorgement du foie pouvant dépendre d'une maladie du cœur. J'ai connu un individu dans cet état, qu'on supposait succomber à la maladie hépatique : cependant l'autopsie a fait voir que les symptômes dépendaient d'une hypertrophie du cœur, et d'une ossification des valvules. Dans ces cas, il est vrai que le foie, qui n'est d'abord que simplement engorgé, peut par la suite se désorganiser graduellement, et passer de l'état d'hypertrophie avec couleur noix muscade à l'état jaune ou rouge, et recevoir même dans ses mailles une sécrétion de matière accidentelle; mais c'est là la conséquence de la maladie d'un autre organe. En voici un exemple remarquable.

Onzième fait. — *Hypertrophie du foie, avec altération de la structure par suite de congestions sanguines répétées.*

Jeanne King, âgée de trente ans, a été reçue dans mon service à Guy's hospital, pour être traitée d'une ascite accompagnée d'anasarque et de grande dyspnée. Les extrémités inférieures étaient gonflées et pourpres, les mains et les pieds froids. L'auscultation donnait sur la région du cœur la sensation d'un bruit de chat qui fait le ronet (purring), mais pas d'une manière distincte. L'abdomen contenait beaucoup de fluide; le foie était hypertrophié, et pouvait être manifestement tracé jusqu'au niveau de l'ombilic; il était lisse au toucher, mais inflexible et dur à la pression. La figure était un peu jaune, mais les joues, le nez et les lèvres étaient pourpres; l'urine très-colorée et en petite quantité, mais non albumineuse; déjections bilieuses. Pouls 104, irrégulier.

Le commémoratif a appris que cette femme avait fait un enfant douze ans auparavant, et qu'elle s'était bien portée jusqu'aux dix-sept derniers mois, lorsque, à la suite d'une querelle, elle courut à une grande distance avec violence, dans une grande alarme, et s'est trouvée excessivement fatiguée et haletante.

Depuis ce moment, elle avait toujours souffert à la poitrine, et c'est à cette origine qu'elle rapporte sa maladie actuelle. Je l'ai purgée abondamment avec du calomel et de la coloquinte, et je lui ai appliqué un cataplasme sur le côté droit. Elle a eu deux ou trois garde-robes bilieuses par jour, mais irrégulières. Une fois aussi on lui a tiré dix onces de sang à l'aide de ventouses appliquées au côté droit. La tumeur cependant a continué à être visible, mais pas au même point qu'auparavant; la face a conservé la même teinte orange, et la langue était sèche; le repos cependant et le régime ont fait diminuer l'anasarque et l'oppression thoracique.

Le 24 août la malade a voulu quitter l'hôpital.

Le 21 octobre elle m'a fait demander de la voir chez elle; elle m'a dit que pendant un mois après sa sortie de l'hôpital aucun changement n'avait eu lieu, mais qu'elle avait toujours souffert d'une douleur au côté droit, immédiatement au-dessous des côtes. A cette époque, elle a été saisie de dévoiement, ses garde-robes sont devenues très-fréquentes; les matières rendues étaient tantôt comme de l'eau savonneuse, tantôt rouges, tantôt brunes, et jamais à l'état naturel. Cet état a duré une semaine entière, au bout de laquelle elle a rendu par le rectum un plein seau de matière, et son ventre s'est affaissé tout à coup.

A l'examen, je n'ai plus trouvé l'ancienne tumeur; seulement la malade a dit sentir une dureté à l'endroit de la douleur. Ventre habituellement constipé; ses parois sont luisantes; il y a beaucoup de liquide fluctuant dans le péritoine; un peu d'anasarque à la peau; jambes très-gonflées; pieds et genoux pourpres; mains un peu gonflées, pourpres aussi. La malade ne peut s'asseoir sur son lit ni rester couchée sur l'un ou l'autre côté; anxiété très-grande; joues pourpres; lèvres *idem*; pendant l'inspiration tous les muscles du cou sont appelés en aide..... Mort.

Autopsie. Anasarque générale, mais plus particulièrement aux jambes et aux cuisses; mains livides ainsi que d'autres parties du corps. Les poumons adhèrent généralement; ils sont gorgés de sang et contiennent de la sérosité. Existence d'un kyste séreux du volume d'un petit œuf dans la fissure des lobes du poumon du côté droit. Le cœur offre une apparence extraordinaire, occupe une très-grande partie de la cavité thoracique; l'oreille droite est très-grande; elle contient huit onces de sang coagulé comme de la gelée; ses fibres musculaires sont très-prononcées, comme les colonnes charnues du cœur. L'oreillette gauche est petite et contractée; les ventricules contiennent aussi des caillots, mais leurs parois sont minces et flasques.

L'abdomen présente un seau de sérosité; les intestins adhèrent sur plusieurs points; le foie est considérablement grossi; sa surface est un peu inégale, sa substance molle et granulée; les grains de son parenchyme, hypertrophiés et dégénérés, ressemblent à des tubercules. La vésicule biliaire est modérément distendue. La rate est petite, eu égard à l'état général de congestion. Les intestins offrent une couleur œillet et sont manifestement enflammés; la membrane muqueuse est irritée.

Nous avons cherché inutilement si quelque voie accidentelle s'était ouverte entre le péritoine et l'intestin pour rendre compte du liquide que la malade avait rendu par l'anus; mais nous n'avons pu rien trouver. (Suivent d'autres détails de l'autopsie.)

Cette observation offre non-seulement un bel exemple des effets des congestions sanguines répétées dans le foie, mais encore de la réaction des maladies du cœur sur cet organe.

§ V. Intumescence du foie par inflammation.

Il est présumable que, dans beaucoup de cas d'inflammation du foie, le volume de cet organe est plus ou moins augmenté, dans le commencement du moins. Souvent cependant le diagnostic est basé sur l'état du pouls, de la peau, de la langue, et sur l'altération des sécrétions intestinales et rénales, l'exploration de l'hypochondre droit n'offrant pas

une plénitude bien décidée. Plus fréquemment néanmoins on trouve, en passant légèrement la main à plat sur cette partie, une sorte de résistance et de plénitude, et en explorant avec la pointe des doigts l'on reconnaît que le foie descend d'un à deux pouces au-dessous des cartilages des côtes ; la percussion donne elle-même un son mat. Quelquefois la partie est si sensible que ces investigations peuvent à peine être faites ; dans d'autres cas, le patient se plaint peu au moment de la pression, mais il souffre considérablement quelques temps après. La tumeur, lorsqu'elle existe, est un peu résistante, mais pas dure ; elle décline à mesure que l'inflammation se dissipe. Les sangsues et les cataplasmes émolliens, tels sont les remèdes qu'on prescrit localement en pareils cas ; les saignées du bras, les mercuriaux, avec ou sans opium, les antimoniaux et les purgatifs, tels sont les remèdes constitionnels propres à prévenir la suppuration d'un organe aussi important.

Je crois superflu de rapporter ici des exemples pour prouver cette espèce d'intumescence hépatique : elle est un symptôme propre, mais non constant de l'épatite, et se rencontre plus souvent lorsque le mal tend à la suppuration que lorsqu'il s'accompagne de jaunisse.

§ VI. Développement du foie par accumulation de bile.

Une troisième forme d'intumescence lisse du foie est produite par la rétention de la bile dans ses canaux biliaires. Le foie se développe par degrés et forme une tumeur à surface lisse et tendue, laquelle descend vers l'ombilic et presque jusque dans le pelvis, tandis qu'il remplit en arrière l'espace lombaire droit. La pression produit un peu de douleur qui dure quelquefois quelques minutes. Le diagnostic, dans ces cas, se base sur la coloration jaune très-prononcée de la peau, et sur la présence d'une tumeur ronde particulière produite par le bord inférieur du foie. Cela dépend cependant de la cause de la rétention biliaire ; pour moi, je crois qu'il doit arriver très-rarement, ou peut-être jamais, que le foie soit fortement gorgé de sa propre sécrétion, à moins d'une obstruction mécanique. Lorsque la distension sanguine a lieu à un haut degré, la bile est certainement retenue plus ou moins dans ses canaux et donne lieu à une jaunisse ; mais, dans ce cas, l'obstruction est non-seulemnnt partielle, mais encore passagère. Le degré de congestion biliaire, comparé à celui de la congestion sanguine, est toujours petit.

Les circonstances dans lesquelles j'ai vu le foie engorgé de bile et tuméfié par suite de cet engorgement, au point de former tumeur, consistent dans la présence de tumeurs ou de dépôts morbides, comprimant les gros conduits excréteurs de la bile. Si l'obstruction formée de la sorte a lieu dans le conduit hépatique, la tumeur au foie se manifeste et peut être sentie au-dessous des côtes, jusqu'au pubis et aux régions iliaques ; sa surface est lisse et égale ; elle donne un son mat à la percussion, et ce son se prolonge jusqu'à la sixième ou septième côte du côté droit. Si l'obstruction est plus bas, c'est à-dire, dans le conduit commun ou duodénal, le même développement a lieu ; mais on voit alors le bord du foie dévier graduellement de sa ligne naturelle et former une tumeur globulaire saillante en bas, du volume d'un petit œuf. Cette portion saillante de la tumeur cède à la pression, et donne la sensation d'un fluide élastique et profond ; elle augmente et devient plus tendue, et descend presque jusqu'au pelvis : elle est située au côté droit de la ligne médiane et au niveau de la crête iliaque. Cette tumeur est formée par la vésicule biliaire. Dans l'un comme dans l'autre cas, la surface du corps est jaune ; mais j'ai présumé que cette coloration est moins prononcée lorsque l'obstruction est dans le conduit hépatique, que lorsqu'elle est dans le conduit commun. Cependant je ne donne pas cela comme certain ; mais si cela était réel, la différence serait facile à expliquer. Dans le cas suivant, qui a été accompagné d'autopsie, le développement du foie et la jaunisse dépendaient de l'obstruction du conduit commun, tandis que la distention de la vésicule tenait à l'obstruction du conduit cystique par une concrétion biliaire ; de sorte que le fluide que la vésicule contenait n'était pas de la bile, mais bien une sécrétion muqueuse de sa membrane interne.

Douzième fait. — *Tuméfaction du foie par rétention biliaire.*

Jeanne Spence, âgée de cinquante-six ans, a été reçue à Guy's hospital le 28 novembre 1832, pour être traitée d'une jaunisse. Son teint naturel était brun ; sa peau est flasque, et il est évident qu'elle a dû maigrir beaucoup ; pouls à 84. A l'examen, on ne trouve pas de tumeur à la partie supérieure de l'abdomen ; mais quand la femme était couchée sur le dos, on sentait distinctement une tumeur du volume d'une noix, entre la crête de l'ilium et l'ombilic, un peu au-dessous d'une ligne tirée entre ces deux points, près du bord externe du muscle droit. Cette tumeur, bien que très-distincte parfois, s'affaissait souvent sous la pression des doigts, et j'ai souvent constaté qu'elle semblait comme formée par les parois de l'intestin. La femme a déclaré qu'elle s'était aperçue de cette tumeur depuis qu'elle avait reçu un violent coup dans le côté. La région du foie était un peu sensible, mais n'offrait point du tumeur. L'urine était fort colorée de bile. Les matières fécales étaient de très-petit volume et figurées, excessivement blanches et flottantes dans l'urine, de gravité spécifique très-légère.

Cinq ans auparavant, la femme avait été soignée pour des douleurs spasmodiques dans l'estomac et les boyaux ; mais la jaunisse ne s'est déclarée que depuis trois mois, à la suite de grandes douleurs aux vertèbres lombaires et aux côtés. Elle éprouve même actuellement de ces douleurs.

On prescrit :

Décoction d'aloès, 30 grammes (une once).
Extrait de taraxacum, 1 gramme (un scrupule).
à répéter trois fois par jour.

Plus, une infusion de séné.

Le 30 novembre, selles abondantes, matières très-pâles.

Le 5 décembre, boyaux très-resserrés; une seule petite garde-robe tous les trois jours. L'urine présente une légère pellicule douteuse de graisse à la surface; au fond de l'urinoire existe de la matière d'un gris foncé, qui semble formée de bile épaisse. Le docteur Rees ayant analysé les fèces, y a trouvé de la matière grisâtre, ordinaire aux fèces, dans la proportion de trois pour cent; la matière noire y manque.

Le 7. Selles abondantes provoquées par l'huile de ricin; matières non colorées de bile comme auparavant.

Le 17. Malaise à l'estomac; deux selles presque blanches. Julep, acide nitrique trois fois par jour.

Le 29. Maux de cœur; garde-robes diversement colorées. La tumeur de la région iliaque est tantôt plus, tantôt moins distincte; quelquefois elle manque tout à fait, mais on voit à la même place une autre tumeur plus dure; on sent de la solidité depuis ce point jusqu'au cœur, comme si le foie se trouvait dans cette direction.

On prescrit :

Opium, 5 centig. (un grain).
Eau méphitique alcaline.
Cataplasme sinapisé à la région du cœur.
Le 1er janvier, on ajoute à ces remèdes :
Extrait de coloquinte, 50 centig. en 2 pilules.

Emplâtre de poix de Bourgogne aux lombes.

Le 3. Eau de chaux.
Acétate de morphine.

Le 4. Pas de changement dans la jaunisse, mais la malade a plus de force.

Sub-mur. d'hydrarg., 5 centig. (1 gr.)
Extrait de jusquiame, 10 centig. (2 gr.)
Trois fois par jour.

Le 8. La couleur jaune de la peau devient évidemment plus brillante depuis deux à trois jours; la malade est assoupie; pouls à 108 (maux de cœur; gravité spécifique de l'urine, 1,014.

Mixture de sulfate de magnésie.
Sub-mur. d'hydrarg. *ut suprà*.

Le 9, assoupissement.

Le 11, la tumeur de la fosse iliaque paraît évidemment formée par la vésicule biliaire. Le foie peut être bien senti, quoique obcurément; il dépasse des côtes du côté droit.

Le 15, vomissement de matières noires; garde-robes involontaires, un peu sanguinolentes. Sang dans les urines; épistaxis; émaciation progressive. Le volume de la vésicule biliaire augmente rapidement et devient de plus en plus distinct.

Le 16, mort.

Autopsie. Emaciation considérable; toute la peau est d'un jaune très-vif; abdomen plat; la tumeur, qui était si évidente avant la mort, est à peine perceptible maintenant. On ouvre l'abdomen; l'estomac descend considérablement au-dessous de l'ombilic à gauche, et est de couleur jaune. Le foie paraît mince à son bord inférieur; il descend presque à l'ombilic, mais il n'était pas aussi bas avant la mort, ce qui tient à l'affaissement cadavérique. L'épiploon couvre le vésicule biliaire. Celle-ci contient 240 grammes (8 onces) de bile noire; elle fait saillie et descend jusqu'au pelvis, et forme la seconde tumeur observée avant la mort, mais elle est maintenant moins saillante que durant la vie, et est déplacée un peu à gauche. Les intestins sont très-irrégulièrement contractés et dilatés. Immédiatement au-dessous de la vésicule biliaire, on voit une petite portion d'intestin distendue, de forme ovalaire, formée par la poche du colon, épaissie et rugueuse par des inflammations préalables. Je ne doute point que la première tumeur que la malade avait présentée n'avait été formée par cette portion d'intestin.

Telle était la situation générale des viscères au premier aperçu. L'estomac et le foie occupaient une très-grande partie de la cavité abdominale.

On voyait quelques restes d'une péritonite générale récente; la surface de l'estomac était couverte d'un fluide crémeux jaune et purulent; la cavité péritonéale contenait plusieurs onces d'un fluide trouble et vert; tout le péritonite intestinal était profondément teint de bile.

Le foie est coloré en vert; le lobe gauche présente plusieurs vésicules vertes formées peut-être par des conduits biliaires dilatés. Ces vésicules, qui contenaient de la bile exactement semblable à celle de la vésicule biliaire, offraient un volume variable depuis un pois jusqu'à une grosse fève, et existaient principalement au-dessus de la vésicule biliaire, à la surface convexe du lobe droit; on en voyait cependant aussi et de plus grosses à la face concave du même lobe, près de l'enfoncement destiné à loger la vésicule biliaire; il y en avait aussi aux deux faces du lobe gauche.

Ayant été coupé, le foie a paru dans son intérieur, mais on y voyait de petites masses jaunes et blanches du volume d'un pois. Ces masses ont paru formées de bile épaissie; dans d'autres endroits on voyait de petites collections de bile, et beaucoup aussi d'épanchée autour des grands conduits.

Le pancréas est mou, mais sain au reste, si ce n'est que son conduit est dilaté, forme des poches et contient un fluide analogue à du gruau, et dont on a pu recueillir plusieurs grammes. Ces poches du conduit ont été ouvertes accidentellement, et nous avons cru d'abord avoir ouvert un abcès.

Les conduits hépatique, cystique et commun, sont très-élargis; ils présentent presque le volume de la vésicule biliaire à l'état normal. L'orifice du conduit duodénal est très-singulier; il fait une poche saillante, d'un quart de pouce dans le duodénum, mais il est béant et laisse échapper la bile lorsqu'on le comprime d'en haut. Il est cependant certain que l'obstruction la plus complète a existé durant la vie, car les conduits, la vésicule biliaire et les canaux de la substance du foie étaient dilatés outre mesure.

Aucune tumeur, aucune glande n'était visible autour de ces conduits, capable de les comprimer, mais les parties qui environnaient le conduit com-

mun à son entrée dans le duodénum, étaient épaissies et indurées par de la lymphe plastique ancienne et inflammatoire, constituant ainsi une sorte de nœud par du tissu cellulaire induré. Vers le fond de la vésicule biliaire on voit une masse dure formée par une infiltration de bile ou de sang dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Cette masse n'a pas moins d'un pouce d'épaisseur.

La membrane muqueuse de l'estomac est couverte d'une couche épaisse de mucus tenace et floconneux. La muqueuse intestinale n'offre nulle part de maladie organique; seulement on y voit des congestions sanguines, plus, des valvules conniventes.

Les vaisseaux lymphatiques placés près de la capsule de Glisson sont rouges ou jaunes, comme s'ils étaient colorés par la bile. (Suivent d'autres détails peu importants sur les autres organes, qui étaient en grande partie à l'etat normal.)

Treizième fait. — *Idem.*

Dans le printemps de cette année, j'ai été prié par M. Holding de voir madame T....., qui était affectée de jaunisse et d'une tumeur dans le ventre, sur la nature de laquelle les opinions des médecins qui l'avaient visitée étaient partagées. A l'examen, j'ai trouvé une dame de 60 à 70 ans, se disant affectée de jaunisse depuis plusieurs semaines. Sa couleur jaune était très-forcée, ses garde-robes blanches ou parfois pointillées de blanc et de rouge; urines très-hautes en couleur et chargées de matières lithiques. A l'aide du palper et de la percussion, j'ai pu tracer les limites du foie, dont le volume était considérable; il s'étendait, d'une part, jusqu'aux lombes, de l'autre jusqu'à l'ombilic; sa surface était tendue, mais pas dure. En suivant son bord vers le côté droit, et entre l'ombilic et la crête de l'ilium, on sentait une large saillie ronde qui était formée par la vésicule biliaire distendue. Mon opinion a été qu'il y avait quelqu'obstruction mécanique qui empêchait la bile de couler dans le conduit commun ou duodénal, et qui était la cause du développement du foie.

Les symptômes qui l'accompagnaient étaient, indépendamment de ceux que nous avons indiqués, l'anorexie, la flatulence, des vomissements de temps en temps, et une tristesse fort grande. La compression sur la région du foie n'était pas immédiatement très-douloureuse, mais elle laissait un certain malaise qui se prolongeait pendant quelque temps. Nous avons employé plusieurs médicaments, mais sans un avantage permanent. Emaciation, faiblesse, mort quelques semaines après.

A l'autopsie, M. Holding a trouvé exactement ce que nous avions diagnostiqué. On ouvre l'abdomen; le foie descend au-dessous des côtes; la vésicule biliaire dépasse les bords du foie; le liquide qu'elle contient n'est pas de la bile noire; ses parois sont si minces, par suite de la distention, qu'en voulant la soulever elle s'est crevée et a donné issue à une grande quantité de bile glaireuse et jaunâtre. Il a été par conséquent facile de voir que la distension de la vésicule biliaire dépendait de quelque autre cause que de la compression du conduit commun. L'examen, en effet, a fait voir l'existence d'un calcul biliaire dans le canal cystique, de sorte que rien ne pouvait entrer dans la vésicule, si ce n'est sa propre sécrétion; mais cela ne rendait pas suffisamment compte de la jaunisse; on a trouvé l'obstruction complète du conduit commun par induration de la tête du pancréas. Il y avait dans ce cas une combinaison de lésions qu'il était impossible de prévoir durant la vie, car le foie était gorgé de bile et formait une grosse tumeur, ainsi que la vésicule biliaire, ce qui avait dû nous conduire à l'admission d'une cause unique et commune.

Dans le cas suivant cependant, il a été facile de reconnaître durant la vie l'obstruction du conduit cystique, indépendamment de toute autre cause de jaunisse. Je dois en attendant faire remarquer que la circonstance de l'amincissement de la vésicule n'est pas très-rare, et sa rupture, arrivée sur le cadavre, aurait pu facilement avoir lieu sur le vivant et déterminer une péritonite. Cette remarque m'a fait depuis longtemps adopter pour principe de ne manier le foie qu'avec beaucoup de précaution, lors de l'examen sur le vivant.

Quatorzième fait.—*Tumeur formée par la vésicule biliaire, sans engorgement du foie.*

Une femme avait été longtemps à l'hôpital pour être traitée d'une jaunisse très-marquée; ses garde-robes étaient blanches, ses urines très-hautes en couleur. Les symptômes ordinaires étaient présens au moral et au physique. La seule circonstance remarquable était une tumeur qu'on sentait au-dessous des côtes du côté droit; elle était circonscrite, et changeait un peu de place dans les différentes positions du corps.

A l'autopsie, le foie présente à sa surface cinq ou six tubercules de nature maligne, et qui se laissaient aisément écraser entre les doigts. La tumeur qu'on avait observée durant la vie était formée par la vésicule biliaire; ses parois sont très-épaissies et distendues par de la matière muqueuse; son intérieur présente huit calculs biliaires.

Dans ce cas, le foie n'était pas bien gorgé de bile, et n'avait pas descendu au-dessous du rebord des côtes, car la tumeur formée par la vésicule dépassait elle-même fort peu ce rebord; le liquide qu'elle contenait avait été sécrété par sa membrane interne et avait été arrêté par les calculs. Il est probable que la jaunisse a été produite par la compression de la vésicule biliaire et de ses calculs sur le conduit hépatique, et par l'affection maligne du foie.

Quinzième fait. — *Foie et vésicule biliaire distendus par de la bile.*

J'ai rapporté ailleurs un cas de tuméfaction du foie et de distension de vésicule biliaire plus prononcé encore que les deux précédents. Le sujet était atteint de diabète et de jaunisse intense: la jaunisse dépendait d'une affection squirrheuse de la tête du pancréas. Le foie était tellement gorgé de bile que sa couleur était devenue noire-olive, et la bile coulait de sa surface quand on la coupait, comme quand on coupe un foie fortement conges-

tionné de sang. La vésicule contenait au moins huit onces de bile. La cause de l'obstruction n'était pas douteuse; elle était placée sur le conduit commun ; les trois conduits biliaires ainsi que la vésicule étaient énormément distendus.

Nous devons faire remarquer, à l'occasion des tumeurs formées par la vésicule biliaire, que quelquefois le liquide qui la remplit est du pus formé dans son intérieur par la présence de calculs ; l'abcès se forme aussi dans quelques cas à l'extérieur.

§ VII. Tumeur par hypertrophie du foie.

Le foie est susceptible d'une altération particulière lorsqu'il est surexcité par l'intempérance. Toute sa substance s'altère uniformément, devient jaune et granuleuse comme du sable, et, après un certain temps, tout son volume augmente considérablement. Je ne sais à quelle période cette augmentation a lieu, mais lorsqu'elle existe, la substance du foie prend une couleur d'oxide de fer. A cette période le foie forme une tumeur volumineuse à surface lisse, ses granules n'étant pas visibles à travers sa surface, attendu que l'organe est alors infiltré de graisse. Les deux faits suivants vont nous donner une idée exacte de la maladie.

Seizième fait. — J'ai été prié par M. Thurlow de voir M. T. D., âgé de trente-quatre ans, de petite stature, d'un caractère indolent et inactif, adonné à des études, d'une vie sédentaire, mais buvant avec excès du vin et des liqueurs alcooliques, et fumant jour et nuit des cigares; mangeant peu et prenant depuis quelques années de l'embonpoint, tandis qu'autrefois il était assez maigre. Il venait d'éprouver une évacuation par le rectum dans laquelle se trouvait du sang coagulé; sa physionomie était jaune, son abdomen tuméfié dans la position assise. A l'examen j'ai trouvé que le foie descendait jusqu'à l'ombilic; son bord inférieur pouvait être senti jusque dans l'hypochondre gauche; la pression était douloureuse sur plusieurs points. On sentait une fluctuation obscure et une distension tympanique des intestins; les chevilles sont légèrement œdémateuses, pouls serré et fréquent.

On applique des sangsues deux ou trois fois ; purgatifs légers, diminution de la quantité habituelle des alcooliques.

Dans l'espace de deux ou trois semaines le malade était beaucoup mieux sous tous les rapports et il est allé à la campagne. Là, il est revenu à ses anciennes habitudes d'ivrognerie, et, dans l'espace de quinze jours, il est retombé dans un état alarmant. Je l'ai revu alors; ses manières sont plus précipitées, langue sèche, couverte et rouge sur les bords, abdomen tuméfié, mais non manifestement fluctuant ; teinte légèrement jaune à la conjonctive et à la peau ; on peut sentir le foie, mais il est à peine plus bas qu'auparavant. Garde-robes quelquefois sanguinolentes. Les mêmes remèdes avec addition d'*hydrargirium cum creta*, et ensuite de petites doses de calomel et de scille ont été administrées, mais il a été tout à fait impossible de borner le penchant du malade pour les liqueurs alcooliques qu'il a continué à prendre abondamment, malgré la vigilance des infirmiers, et il était plus ou moins ivre presque tous les deux jours. Les garde-robes offrent une couleur variable, contiennent de la bile et quelquefois du sang; l'urine également ; elle est tantôt claire, tantôt colorée de bile, etc. Sa physionomie est devenue de plus en plus jaune ; mais jamais la teinte n'a été considérable. Depuis deux jours son urine est très-colorée de bile. L'abdomen paraît contenir du liquide dans les derniers jours de la vie ; œdème aux jambes ; dyspnée. Mort.

Autopsie. Accumulation considérable de graisse (13 millimètres d'épaisseur) sur l'abdomen; grandes masses de la même sécrétion autour des reins ; le mésentère et l'épiploon en sont chargés, ainsi que le pancréas et les appendices des gros intestins. La cavité thoracique contient un peu de liquide (30 à 60 grammes). Poumons très-œdémateux ; en les coupant ils laissent échapper beaucoup de sérum, surtout les parties supérieures et postérieures ; ces organes sont sains sous d'autres rapports. La membrane muqueuse de l'estomac est scabreuse et un peu épaissie. Le péritoine et la face externe des intestins sont à l'état normal, à l'exception de deux cercles vascularisés autour du rectum. La membrane muqueuse de cet organe est épaissie et vascularisée, ainsi que celle du colon. Le cœcum offre une couleur grisâtre ; la muqueuse des intestins grêles est vascularisée. Pancréas et rate sains, ainsi que les reins, si ce n'est un, jauni par de la bile. Le foie offre une couleur jaune-écrevisse; surface à petites granulations et inégale au toucher; sa substance présente intérieurement la même structure et la même couleur que le fruit des Indes qu'on appelle *mango*. La vésicule biliaire contient environ 8 grammes de bile trouble et un petit dépôt de matière biliaire concrète.

Dix-septième fait. — J'ai été appelé par M. Griffith pour voir un homme âgé de quarante-quatre ans, grand buveur, sujet à des maux de cœur et à des vomissements ; il venait d'éprouver depuis trois à quatre jours un nouvel accès ; il a vomi plein deux pots de chambre de sang caillé. Mort promptement.

Autopsie. Toute la surface du corps est légèrement jaune ; le corps n'est pas émacié ; l'examen sur une table ne fait pas découvrir de tumeur dans l'abdomen. On ouvre cette cavité ; ses parois sont généralement surchargées de graisse ; cette matière s'étend jusque dans le médiastin antérieur.

Les poumons et le cœur sont parfaitement sains; un léger épanchement de sérum rouge existe dans la cavité thoracique gauche. La cavité péritonéale présente une demi-pinte de sérum brunâtre. L'épiploon est gros et forme une masse considérable; mésenter très-gros. Des masses de graisse pendent du colon et du rectum.

Le foie est plus épais que dans l'état naturel; sa structure est complétement détruite; il est formé de masses arrondies, d'un jaune brillant, dures, rugueuses, à surfaces lobulées. Le lobule de Spigell presente des tubérosités dures. La vésicule biliaire est blanche, épaisse, opaque, contient environ 16 grammes de fluide glaireux clair, à peine coloré de bile; les conduits biliaires sont libres. Une portion du foie ayant macéré pendant quatre ou cinq semaines est devenue blanche, c'est à dire, ses granula-

tions jaunes ont blanchi, et laissait voir un magnifique tissu vasculaire comme un peloton de ficelle. Pancréas sain. Rate plutôt grosse, mais saine. Reins sains. L'estomac contient une demi-pinte environ de sang caillé. (Suivent d'autres détails moins importants.)

§ VIII. *Tumeur formée par dégénérescence graisseuse du foie.*

Cette altération très-singulière du foie consiste dans la conversion de sa substance en graisse, le tissu cellulaire et les vaisseaux lui servant toujours de cannevas. Les pathologistes français qui l'ont décrite particulièrement l'on rattachée, dans beaucoup de cas, à la diathèse phthisique. Je ne sache pas cependant que personne ait fait connaître avec exactitude les signes de son diagnostic avant le docteur Addison.

Dix-huitième fait.—Matilda Sawyer a été reçue dans mon service à Guy's hospital, le 11 avril 1852, pour être traitée de phthisie accompagnée de diarrhée. Elle tousse depuis un an, mais elle n'est bien malade que depuis un mois; depuis cette époque, sa toux s'est aggravée et s'est accompagnée d'hémoptysie et de diarrhée intense. A son entrée, la diarrhée était aqueuse et abondante, l'expectoration puriforme, des cavernes existaient à la partie supérieure de ses poumons. Elle peut se coucher sans gêne sur le côté droit. Cependant l'hypochondre de ce côté est saillant, le foie descend au-dessous de l'ombilic. Toute cette portion de l'abdomen donne un son mat à la percussion, comme quand on frappe un coussin avec la main, et bien qu'on ne puisse sentir aucune saillie brusque, le foie peut être suivi jusque dans l'hypochondre gauche.

On prescrit : mixture de chaux avec confiture aromatique après chaque selle, et deux centigrammes et demi d'acétate de morphine (demi-grain) le soir.

13 avril. La diarrhée continue, les matières sont liquides, féculentes et bilieuses. Expectoration puriforne et sanguine. Potions opiacées. Mort.

Autopsie. Adhérences costo-pulmonaires. Le foie est très-gros, descend de deux pouces au-dessous de l'ombilic, et touche circulairement à la région lombaire droite; l'autre lobe s'étend de l'autre côté et adhère fortement à la rate. Sa substance offre l'exemple le plus frappant de la dégénérescence graisseuse avec hypertrophie; sa couleur est d'un jaune foncé, très-lisse; son bord inférieur est aigu. Les granules hépatiques sont très-distincts. Je n'ai jamais vu un foie faire voir aussi clairement sa structure sans injection. De la bile existe dans ses conduits. La vésicule biliaire contient assez de bile pour colorer sa membrane interne. (Suivent d'autres détails.)

Dix-neuvième et vingtième faits.—Idem.

Vingt-unième fait. — Affection maligne du foie produisant une tumeur à surface lisse.

§ IX. — Abcès hépatiques.

Lorsque l'inflammation du foie est arrivée au degré de suppuration, il se produit ou non une tumeur externe dans la région affectée, selon le lieu que le mal occupe. En général cependant, un certain développement de l'organe est inévitable, et, soit que l'abcès ne soit pas par lui-même assez saillant, soit qu'il existe du côté de la voûte diaphragmatique, il pousse toujours le foie en bas, de manière que son bord inférieur peut être senti au-dessous des côtes. La surface de la tumeur est égale, le son mat se prolonge plus en haut que dans l'état normal. Lorsque l'abcès est situé de manière qu'il fait saillie au dehors, on y voit une saillie distincte, soit au-dessous des cartilages ou à une certaine distance de ceux-ci. Sa situation, au reste, varie selon que le mal affecte le lobe droit ou gauche. Une tumeur, dépendant d'une telle cause, est facile à diagnostiquer quant à sa liaison avec le foie; la matité de la percussion est continue, ainsi que la résistance. La résistance cependant n'est pas très-grande, car tout l'organe cède à la pression, et la sensation du toucher est molle ou plutôt d'une tension élastique. Une douleur plus ou moins aiguë est produite par la pression; il y a fièvre et tous les symptômes d'une tumeur inflammatoire. Il ne faut pas oublier néanmoins que le travail de fermentation d'un abcès dans le foie est souvent si obscur, si insidieux, que les symptômes inflammatoires ne sont pas toujours reconnus, ou sont attribués à d'autres organes. La présence de la tumeur indique plus tard l'erreur du premier diagnostic. Les progrès eux-mêmes de la tumeur sont souvent insidieux, l'abcès devient chronique, produit un développement extraordinaire pendant plusieurs mois, et termine enfin par la mort sans qu'on l'ait connue jusqu'à l'autopsie, qui fait voir un épanchement de pus dans le péritoine. En général cependant, un abcès du foie produit des inégalités à la surface de l'organe, soit par l'absorption du pus et l'épaississement du tissu cellulaire, soit parce que le pus s'évacue en partie dans la vésicule biliaire, et que le reste s'épaissit dans le foyer. A l'autopsie, on trouve une cicatrice profonde à la surface du foie, et, en incisant ce point, on trouve un dépôt jaune, plus ou moins purulent, de consistance calcaire. Ces sortes de cicatrices sont faciles à constater à leur forme inodulaire. Cette forme, si elle est sentie sur le vivant, peut en imposer pour celle d'une maladie maligne.

Vintg-deuxième fait. — *Abcès chronique du foie. Diagnostic difficile.*

J'ai été appelé, en août 1859, pour donner mon opinion à l'egard d'une tumeur de l'abdomen que portait une dame âgée d'environ 60 ans. Le mal existait depuis deux ans; durant ce temps la malade était devenue émaciée et jaune, avait beaucoup souffert de dyspepsie, de maux à l'estomac et d'envies de vomir. On m'a dit que la femme était depuis plusieurs années sujette à l'obstruction des gros intestins, pour laquelle elle prenait souvent des purgatifs.

A l'examen, la tumeur présente les caractères

suivants : La partie la plus saillante existe au côté gauche de l'ombilic, où elle peut être empoignée lorsque les muscles sont bien relâchés ; elle se dirigeait en bas et à droite, où elle semblait se perdre dans la substance qui lui avait donné naissance. La percussion donnait une matité qui s'étendait jusqu'aux côtes du côté droit. La tumeur était mobile comme en masse, et n'adhérait point au péritoine. Sa situation était telle qu'elle semblait attachée au foie, au colon ou à l'épiploon. En considérant toutes ces connexions apparentes, sa tension élastique particulière et sa chronicité, j'ai pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie, qui comprimait probablement le pylore et le colon, développé immédiatement sous le bord du foie. J'ai dit, en outre, que le kyste ne ferait probablement pas de progrès, parce que la bile avait peut-être tué les hydatides.

Cette dame avait déjà été vue par quatre chirurgiens séparément, dont l'un avait porté le même jugement que moi ; un autre avait pris le mal pour une affection du pylore ; un troisième pour une tumeur de l'estomac, mais pas du pylore, et un dernier pour une tumeur de l'ovaire.

Au moment où je l'ai vue, il n'y avait pas grand'chose à faire pour le traitement, si ce n'est conseiller des choses propres à soutenir les forces. Elle est retournée à la campagne, où elle est morte six mois après. Je n'ai pu avoir des détails circonstanciés sur son autopsie, mais j'ai appris par le médecin qui l'avait soignée, que la tumeur n'était autre qu'un abcès du foie. Le foyer avait pris naissance dans le lobe droit, avait la forme d'une poire et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Il contenait plus d'une pinte d'un fluide puriforme et trois concrétions biliaires du poids de 60 grammes. Toute la substance du lobe droit était devenue charnue. Le foie, avec le kyste et son contenu, pesait 2 kilogrammes. On a présumé que les calculs biliaires avaient existé primitivement dans la vésicule de ce nom, dont ils étaient sortis par ulcération de ses parois, et donné naissance à un abcès du foie.

Vingt-troisième fait. — *Idem.*

§ X. — Surface irrégulière du foie par inflammation chronique.

Dans cette catégorie je placerai les cas nombreux de contraction de la membrane cellulaire du foie, ce qui rend sa surface lobulée d'une manière soit uniforme, soit inégale. Comme dans cette maladie le foie est plutôt contracté qu'augmenté de volume, le diagnostic à l'aide des signes sensibles est presque impossible. En conséquence, ce sont les seuls symptômes généraux qui peuvent éclairer le jugement du praticien. Ces symptômes sont l'hémathemèse, ou les évacuations de sang par la bouche et le rectum, ainsi que cela a été remarqué par le docteur Law, de Dublin, et l'épanchement de sérosité dans le péritoine. Ces phénomènes doivent naturellement conduire à l'examen du foie pour constater si son volume est augmenté ou diminué. En faisant coucher le patient sur le dos, si le foie est induré et contracté, il pend naturellement, en vertu de sa gravité, et tiraille ses ligaments en tombant en bas et en avant ; il reste suspendu dans une grande quantité de liquide, et se prolonge jusqu'au-dessous des côtés, de manière à pouvoir être senti manifestement. Il importe, durant cet examen, de détourner l'attention du malade, afin de prévenir la contraction des muscles et de pouvoir enfoncer les bouts des doigts dans la paroi abdominale, ce qui déplace brusquement le liquide et donne une impulsion au foie.

J'ai dans ce moment devant les yeux un cas de ce genre. Le ventre était distendu par du liquide, et pourtant j'ai pu bien distinctement sentir le foie au dessous des côtes. A l'autopsie le foie a été trouvé très-petit ; sa surface était granulée, sa substance dure et inflexible.

Il est d'autres espèces de tumeurs accidentelles qui se forment à la surface du foie ; ce sont des dépôts cartilagineux ou osseux dont le volume est progressif. Les hydatides elles-mêmes affectent généralement dans le foie la forme des tumeurs à surface irrégulière, ainsi que je l'ai démontré ailleurs.

§ XI. — Affections malignes du foie.

Ces affections sont : 1° les tumeurs encéphaloïdes ; 2° les tumeurs squirrheuses ; 3° les tumeurs mélaniques. L'auteur décrit soigneusement ces trois espèces de tumeurs hépatiques, en rapporte neuf faits accompagnés d'autopsies à l'appui de ses descriptions. Nous ne le suivrons pas dans ces détails, les faits importants que nous venons de reproduire paraissant plus que suffisants pour éclairer le diagnostic général de ces sortes de tumeurs. Nous regrettons de ne pas trouver à la fin de ce magnifique mémoire des conclusions ou un résumé général qui rappelle les points culminants de ce travail. C'est ce que le lecteur pourra, au reste, faire lui-même.

(*Gaz. des Hôpitaux*, nos 133, 134, 135, 139 et 141.)

---

102. *Quelques observations sur la pneumonie aiguë, et spécialement sur celle qui occupe le lobe supérieur du poumon ;* par M. Kennedy.

La pneumonie du lobe supérieur a appelé parmi nous l'attention de quelques médecins qui avaient cru reconnaître, les uns que l'inflammation du lobe supérieur du poumon était plus grave ; les autres, qu'elle s'accompagnait plus fréquemment des symptômes cérébraux ; d'autres enfin, qu'elle passait plus fréquemment à l'état chronique. Mais l'application de la statisque à ce point spécial de pathologie n'a encore permis de rien établir de certain sur ces différentes questions ; car les mêmes résultats numériques n'ayant pas été observés par tous les observateurs, les derniers ont supposé que ceux qui avaient relevé les premières observations s'étaient trompés, parce que, depuis qu'on a appliqué avec rigueur la méthode numérique à la médecine clinique, on s'est appuyé sur ce principe faux que les mêmes malades présentent toujours, dans certaines limites, les mêmes formes. L'auteur anglais ne cite

pas, à l'appui de ce qu'il avance, de nombreuses séries de faits, mais il en cite quelques-uns, et se sert, pour exprimer sa pensée, des mots toujours, souvent, quelquefois. Nous allons donc présenter, sur quelques-uns des faits principaux, la manière de voir de Kennedy, qui, au reste, ne manque pas d'originalité.

La pneumonie du lobe supérieur est ordinairement très-rapide et trop souvent funeste, et c'est la forme dans laquelle les altérations offrent le plus d'uniformité. L'augmentation de volume dans la pneumonie, qui a été la cause de tant de discussions, n'est jamais plus visible que quand le lobe supérieur est seul le siége de l'inflammation ; le motif qu'en donne l'auteur, c'est que l'inflammation de ce lobe est accompagnée d'une infiltration plus considérable de lymphe dans son tissu que dans celui d'aucune autre partie du poumon. Dans cet état, ce lobe ressemble plutôt à une masse de lymphe jaune qu'à une portion de poumon malade. La marque des côtes est plus fortement imprimée à la suite de l'inflammation sur ce lobe que sur aucune autre partie du poumon. Les traces de la pleurésie y sont aussi beaucoup plus fréquentes et les adhérences bien plus nombreuses. Cette dernière circonstance peut néanmoins être attribuée à la moindre motilité de cette partie du poumon.

Quand le lobe supérieur est seul enflammé, l'altération qu'on trouve presque toujours est l'hépatisation grise, qu'on devrait plutôt appeler l'hépatisation jaune. Il semblerait même que la maladie n'y passerait pas par le ramollissement rouge qu'on suppose toujours précéder l'hépatisation grise; aussi l'auteur assure avoir fréquemment trouvé, dans les cas où tout le poumon était affecté, le lobe supérieur à l'état d'hépatisation grise, quand tout le reste était à celui de ramollissement rouge. Dans les cas contraires, la pneumonie avait commencé par les parties inférieures ; dans ce dernier cas aussi, il a trouvé quelquefois la face antérieure de ce lobe affectée, et la face postérieure libre, *et vice versâ*. A cette occasion, l'auteur émet, sur la différence qui existe entre l'hépatisation grise et l'infiltration purulente, une opinion que nous devons signaler; au lieu de les confondre en une seule et même lésion, comme on le fait généralement depuis les travaux de Laennec, il les considère comme deux lésions entièrement distinctes, sous le point de vue des caractères anatomiques, des signes physiques pendant la vie et surtout des symptômes généraux. Dans l'une, le poumon est solidifié et donne lieu aux signes physiques ordinaires, mais sans aucune trace de râle, tandis que dans l'autre il y a toujours un râle à crépitation aiguë. Dans l'une, il y a une fièvre inflammatoire, ou peut-être d'irritation, tandis que dans l'autre il y a une fièvre, avec dépression des forces, adynamique. Dans l'une, la maladie se termine le plus souvent par la guérison, dans l'autre par la mort. En outre, on sait que, quand une maladie analogue à l'infiltration purulente vient à affecter un autre organe, ou une autre partie du corps, cet organe reprend rarement, après la guérison, ses fonctions primitives, tandis que les points du poumon qui ont passé à l'état d'hépatisation grise reviennent souvent tout à fait à leur état normal, ce qui porte à douter de l'identité de l'hépatisation grise et de l'infiltration purulente. L'erreur est venue, dans cette circonstance, de ce que l'on a paru supposer que l'infiltration purulente était nécessaire pour sa résolution ; mais rien n'est moins démontré. La lymphe qui constitue l'hépatisation grise est en partie éliminée par la muqueuse bronchique sous forme de crachats. Lorsque la pneumonie passe à ce que l'on pourrait appeler l'état chronique, le poumon, au lieu de se ramollir, passe à l'induration. Dans un cas, observé récemment, tout le poumon était induré, et le lobe supérieur surtout ressemblait plutôt à une masse squirrheuse qu'à une portion de poumon malade. C'était aussi la partie la moins colorée.

Comme pour le reste du poumon, dans la pneumonie du lobe supérieur, c'est le côté droit qui est le plus fréquemment affecté.

Parmi les complications de la pneumonie, l'une des plus graves est l'apparition des symptômes cérébraux, et cette complication paraît être et plus fréquente et plus grave à la fois dans la pneumonie du lobe supérieur. Dans quelques cas, il est vrai, ces symptômes sont simplement sympathiques, mais dans le plus grand nombre, ils dépendent d'une lésion réelle du cerveau, lésion qui consiste en un épanchement, non pas seulement de sérosité, mais de lymphe aussi, et en grande quantité. Cette lésion l'auteur dit l'avoir trouvée dans tous les cas où la maladie s'est terminée par la mort. Quant aux moyens de distinguer les cas où les symptômes cérébraux ne sont que sympathiques de ceux où ils dépendent d'une lésion cérébrale, il n'en indique aucun, et même il dit n'avoir pas observé de cas du premier genre.

La respiration puérile, que le docteur Stokes a décrite comme représentant une première période de la pneumonie, ce qui paraît exact dans un certain nombre de cas, est très-rarement observée dans la pneumonie du lobe supérieur, en raison même de la rapidité avec laquelle marche la maladie, laquelle ne permet que bien rarement d'observer ce signe, qui n'est que d'une courte durée.

Les phénomènes généraux sont toujours plus marqués et plus graves dans l'inflammation du lobe supérieur du poumon que dans celle d'une autre partie du même organe, et d'une égale étendue; l'idiosyncrasie a moins d'influence sur ces symptômes qui offrent peu de variations.

Le *pronostic* de cette affection est nécessairement peu favorable, car la terminaison en est souvent funeste. Voici les causes auxquelles les auteurs attribuent la gravité comparative de cette pneumonie. Le trouble que ce lobe, lorsqu'il est malade, détermine dans les fonctions du reste du poumon : le plus grand diamètre des vaisseaux sanguins qui le pénètrent; la contiguité de la partie malade et du gros tronc du nerf phrénique et de la huitième paire ; enfin la fréquente complication de l'affection cérébrale dont on a déjà parlé.

Diagnostic. — Une seule affection peut être confondue avec la pneumonie du lobe supérieur, c'est le développement de tubercules dans ce même lobe. Dans quelques cas même et surtout chez les enfants, ce n'est pas sans difficulté qu'on arrive à

cette distinction, et comme les moyens de l'établir ne peuvent être puisés que dans une connaissance approfondie du mode de développement et de la marche des deux maladies, nous ne signalerons pas les circonstances sur lesquelles le diagnostic doit être appuyé.

Le traitement de la pneumonie du lobe supérieur offre peu d'indications différentes de celles des autres formes de la même maladie, traitement sur lequel l'auteur présente d'assez grands développements, critiquant, avec esprit et raison quelquefois, les méthodes tant vantées parmi nous, et établissant comme une règle générale que les moyens antiphlogistiques doivent être employés de manière à ce que leurs effets se suivent sans interruption et ne soient pas interrompus par des réactions ou suivis d'un affaiblissement trop considérable des forces vitales. Dans le traitement de la pneumonie du lobe supérieur spécialement, il pense que la saignée locale doit être la règle et la saignée générale l'exception; il recommande surtout de tenir le malade dans la position assise, afin d'empêcher autant que possible les congestions pulmonaire et cérébrale.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 42.)

---

104. *Observation d'un cas de pneumonie avec sécrétion d'air dans la carité de la plèvre ; guérison ;* par le docteur Durrant.

Déjà les docteurs Graves et Stokes, de Dublin, ont publié quelques cas dans lesquels la pneumonie était compliquée de pneumo-thorax, et dans lesquels on n'avait aucune raison de soupçonner qu'il se fût établi de communication entre les bronches et la cavité pleurale. Cependant, comme les sujets de ces observations ont guéri, on n'a pas pu constater si réellement cette communication n'existait pas par l'effet de quelque tubercule isolé et qui se serait ouvert dans cette cavité, ou de quelque rupture accidentelle. Quoi qu'il en soit de ces faits, qui ont été rapportés par les médecins anglais avec peu de développements, en voici un nouveau qui viendrait les confirmer.

Obs. — L. D., âgé de 34 ans, tempérament lymphatique, est pris, après s'être exposé au froid, d'un frisson qui est suivi de tous les symptômes ordinaires d'une pneumonie aiguë du lobe inférieur du poumon gauche. A l'examen, on trouve les phénomènes généraux et ceux de l'auscultation très-tranchés. Déjà la pneumonie était passée à l'état d'hépatisation sur un point autour duquel l'existence de la crépitation indiquait que la maladie continuait à faire des progrès. On avait employé deux saignées du bras, une application de sangsues, l'émétique à haute dose, et, enfin, les vésicatoires. Ces moyens avaient dissipé promptement les symptômes les plus aigus ; déjà on entendait la respiration de retour dans la partie du poumon malade, quand, à la suite d'un léger excès dans le régime ou de quelque autre cause, la maladie reparut avec une aggravation notable de tous les symptômes.

La dyspnée était urgente ; le pouls, petit, donnait 96 ; la toux fréquente et déchirante, l'expectoration peu abondante, d'un vert jaunâtre, d'une odeur fétide et muco-purulente. La douleur était continue et ne permettait pas au malade de se coucher sur le côté affecté. A la percussion, on trouvait une sonorité tympanitique entre les cinquième et septième côtes du côté gauche, où l'on ne trouvait aucune trace du bruit respiratoire, tandis qu'on le retrouvait sur le reste du poumon, avec quelques bulles de râle muqueux. Sur la partie malade, en avant et en arrière, on entendait une bronchophonie distincte, approchant beaucoup de la pectoriloquie. Pendant un jour, on entendit avec chaque battement du cœur un bruit de soufflet peu fort, et qui cessait d'être perceptible à peu de distance du cœur.

Le malade fut de nouveau soumis au traitement par l'antimoine, qui amena une légère amélioration dans quelques symptômes ; mais la toux, la douleur de côté et la fétidité de l'haleine continuèrent encore ; le pouls, de 90 à 100, était petit et irritable. La lésion locale était restée au même degré, et au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche, on entendait une égophonie imparfaite.

On eut recours de nouveau à une application de sangsues, suivie d'un vésicatoire, puis à un traitement mercuriel combiné avec la digitale, la poudre de Dover et l'iodure de potassium. Le mercure eut bientôt réagi sur l'économie et détermina en peu de temps l'ulcération des gencives, une éruption cuivreuse sur les jambes et la salivation. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes diminuèrent graduellement, l'égophonie passant à la bronchophonie, et le bruit vésiculaire normal revenant graduellement dans la partie du poumon qui avait été malade. Le malade a fini par guérir complétement, bien qu'avec lenteur.

Bien qu'il nous paraisse très-difficile d'émettre un avis sur ce fait, dans l'absence de plusieurs points dont la connaissance eût été utile, cependant nous croyons pouvoir dire, sans crainte de nous tromper, que, dans ce cas, le pneumo-thorax n'a point été le produit d'une sécrétion, car l'odeur fétide des crachats indiquait que ces derniers venaient d'une cavité où ils étaient restés quelque temps en contact avec l'air atmosphérique, et où ils avaient déjà subi un commencement de putréfaction. Ils n'ont pu arriver au-dehors qu'en passant par les bronches et au moyen d'une communication entre la cavité thoracique et ces bronches elles-mêmes. On ne pourrait repousser cette conclusion qu'en supposant que, dans ce cas, il y aurait eu, ou gangrène pulmonaire, ou dilatation des bronches ; mais la position superficielle de la cavité, indiquée par la résonnance très-marquée entre les cinquième et septième côtes gauches, et l'invasion subite des accidents, ne permettent d'adopter aucune de ces deux hypothèses.

(*London Med. Gazette*).

105. *Essai de thérapeutique morale ;* par REVEILLÉ-PARISE.

Medicina nihil aliud est quam animi consolatio.
(PÉTRONE.)

VI.

Application pratique des principes exposés.

(Suite et fin).

Nous avons tracé en grande partie les moyens physiques de révulsion pour attirer au dehors, pour neutraliser et dissiper *l'idée fixe*, cause d'une infinité de maladies. Il est aussi des moyens de révulsion qu'on pourrait appeler moraux, car ils n'agissent, à peu de chose près, que sur l'imagination, et leur efficacité n'en est que plus réelle. Un homme ayant éprouvé de grands revers de fortune, tomba dans une sorte d'anéantissement moral qui compromit gravement sa santé ; cependant, il fallut disputer ce qui lui restait de biens et les conserver à sa famille : alors s'ensuivit un procès très-long, très-compliqué. Mais les embarras, les soucis que lui occasionna ce procès, l'activité qu'il fut nécessaire de développer, guérirent complétement cet infortuné de sa mélancolie. M. C... perdit son fils unique; sa douleur fut affreuse; rien ne pouvait le consoler, sa santé dépérissait à vue d'œil. M. C... accepta une place dont les fonctions difficiles, épineuses, exigeaient une continuelle application d'esprit ; il s'y livre complétement ; or, peu de temps après la plaie de l'âme se cicatrisa ; il ne resta qu'un souvenir douloureux, mais sans âcreté; la santé reparut ; voilà la révulsion morale, voilà comment il est possible d'attaquer, d'ebranler, de détruire, par d'autres idées, l'idée fixe, profondément implantée dans le MOI, dans le cerveau, dans le sang, dans chaque organe.

Parmi ces moyens de révulsion morale plus ou moins variés, gardons-nous d'oublier l'étude des sciences et des arts. Après les vives secousses de l'âme, la vie n'a point d'ensemble, point de suite, plus de but ; il y a un découragement complet ; il faut se hâter de changer cet état, substituer aux inquiétudes du cœur les curiosités de l'esprit. Je le sais, c'est presque une trivialité de redire ce que les anciens et les modernes ont tant de fois répété sur ce sujet. Qu'importe? si ce moyen présente des avantages incontestables. Que se propose-t-on, en effet? De fuir la réflexion sur ses maux comme une ennemie, comme un poison irritant ; de distraire l'imagination, de dissiper cet enivrement de tristesse qui absorbe l'âme, stupéfie l'esprit et détruit le corps, en un mot, de tâcher de vivre sans souffrir. Où trouver dès lors un moyen plus puissant de révulsion pour les facultés de l'intelligence, capable de les détourner de l'idée fixe, en les reportant sur d'autres objets? Changer le genre de vie irritant et usant de la passion et du chagrin, en un autre qui occupe sans épuiser ni abattre, tel est le problème à résoudre. La plupart des passions humaines ne sont que le debordement d'une activité qui a méconnu son véritable cours ; il s'agit donc de la régulariser et non de l'arrêter. Sage médecin, souvenez-vous de la vérité de ce principe de Luther : « Le cœur humain est comme la meule d'un moulin ; si on y met du blé, elle l'écrase et en fait de la farine ; si on n'y met rien, elle tourne toujours, mais s'use elle-même. » Un homme frappé par la rude main du malheur doit donc être sans cesse excité, poussé dans une nouvelle voie de réflexions. Le but est de rapporter sa pensée en dehors de soi, si l'on peut ainsi s'exprimer, s'attacher à une vérité importante, se consacrer aux actions généreuses ; éclairer l'ignorant, ramener le sourire sur les lèvres des malheureux, aider et secourir son ami, oser être son conseiller intrépide, devenir le bienfaiteur de son ennemi, en un mot, puiser la force de vivre dans le désir extême d'être utile aux hommes. Mais combien hâtera-t-on cette question, si l'on peut ajouter à ces moyens les attraits de la science, se lancer dans l'étude de cette philosophie qui, soulevant l'homme des basses régions de la passion et des jouissances matérielles, lui imprime un mouvement d'ascension vers Dieu, terme infini de ses désirs, but final de son existence ? Il y a dans ces grandes et nobles occupations des éléments de médecine psychique dont les résultats sont à peu près infaillibles. Et puis, comme je l'ai dit ailleurs, il ne faut pas croire que les sciences exigent toujours de grands efforts d'esprit pour attacher et se plaire à leur étude. « Tout intéresse dans l'immense nature : ici les vérités les plus sévères sont encore avant les illusions les plus heureuses. La fleur la plus humble, le grain de sable, le ruisseau qui serpente, la toile d'araignée, l'insecte qui bourdonne, la goutte de pluie sur l'aile de l'oiseau, ont leur intérêt scientifique et leur idéalité poétique. C'est souvent avec de petits objets qu'un esprit vigoureux et pénetrant s'élance vers *ce monde des idées* que les choses *représente;* tout dépend du coup d'œil et de l'intelligence (1). »

Mais la grande, l'insupportable difficulté est de fixer l'attention quand l'esprit est continuellement préoccupé d'un autre objet. Montesquieu assure qu'il n'y a pas de chagrin ou d'ennui qui tienne contre une heure de lecture. Il est douteux que cet illustre écrivain ait jamais éprouvé de profond chagrin et d'autre passion que celle de l'étude. L'expérience lui aurait appris qu'on peut inutilement et machinalement parcourir dix, vingt, trente pages d'un livre si l'attention est distraite par une idée fixe ; et puis, quand de longs chagrins, de grands malheurs, une passion vive ont fortement exalté l'intelligence et agité le cœur, il est difficile de rien trouver qui soit capable ensuite d'occuper l'esprit. Après cette dévorante et terrible maladie, tout paraît froid, insipide, insupportable. Cependant, ne faisons pas le mal plus grand qu'il n'est en effet. S'il est certain que le moyen de révulsion morale dont il s'agit ait très-peu d'efficacité dans le commencement, il ne l'est pas moins que peu à peu il n'aquiert de la puissance et qu'il ne finisse par

(1) Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc. t. I, p. 330, 3e édition.

triompher, pourvu qu'il y ait de la persévérance.

Les beaux-arts, qui intéressent vivement l'imagination, sont par là même un magique et sûr moyen de révulsion morale. Sans entrer, à cet égard, dans des détails superflus, je dirai, d'après des observations médicales multipliées, que de tous les beaux-arts, la peinture m'a paru la plus propre à calmer l'âme et rasséréner l'esprit. On a beaucoup vanté la *musique* pour cet objet; eh bien! d'après ces mêmes observations, je ne dirai pas qu'on exagère son influence, mais j'affirmerai qu'elle est souvent nuisible. La musique peut *charmer* les maux physiques, il y en a beaucoup d'exemples, mais, à coup sûr, ce n'est qu'un remède fort douteux pour les douleurs morales, quelquefois même il les exaspère. La musique *incitative* ou *calmante* est une distinction absolument inadmissible dans la pratique médicale, et les essais tentés de cette dernière sur les aliénés ont très-peu réussi. A beaucoup près, on ne sait pas ce que la musique renferme de dangers ou du puissance médicatrice, ce qu'elle suggère de sentiments doux, sympathiques ou violents. Un pareil moyen ne peut donc être utile que si l'on en fait une étude scientifique et approfondie. La musique agite et agace les nerfs; elle excite trop l'imagination pour être employée autrement qu'avec d'excessives précautions. Si elle est vive et gaie, elle irrite et impatiente le cœur péniblement affecté; est-elle, au contraire, expressive, touchante et mélodieuse, elle remue jusqu'au fond des entrailles, elle sympathise avec l'idée fixe et douloureuse; alors une sorte de rêverie s'empare du malade, les souvenirs abondent, les émotions renaissent, la plaie saigne de nouveau et redevient sensible : c'est un des états de l'âme les plus délétères. J'ai vu des personnes presque guérier, fondre en larmes, éprouver des spasmes, après tel morceau de musique qui leur rappelait des circonstances cruelles de leur vie. Il y a peu d'années, lord M... était si vivement épris d'une célèbre cantatrice morte en Angleterre, qu'il fut atteint d'aliénation mentale. Guéri de cette funeste maladie, il arrive à Paris, court à l'opéra d'*Otello*, où il entend chanter la romance du *Saule* par la sœur de celle qu'il avait tant aimée; dès l'instant il éprouve une violente attaque de nerfs. Ayant fait d'inutiles efforts pour obtenir cette actrice en mariage, un matin on trouva ce malheureux pendu à une écharpe en cachemire, et le crâne brisé par deux balles de pistolet. Des morceaux de papier brûlé firent voir que cette arme avait été bourrée avec la romance du *Saule*. Quant à l'écharpe, elle avait appartenu à la cantatrice célèbre dont nous avons parlé, qui l'avait donnée à sa femme de chambre, de laquelle lord M... l'avait acquise à un prix exobritant.

Ce que je viens de dire de la musique, peut s'appliquer aux *spectacles*; on ne peut nier leur puissante distraction sur l'esprit, mais l'emploi de ce moyen exige une prudence extrême. Il y a ici un ensemble de sensations et d'impressions sur le cerveau et les nerfs, sur les idées et les sentiments, dont on ne saurait récuser les funestes résultats, notamment pour les femmes. Il est peu de médecins observateurs qui n'en puissent citer des exemples. Ce qui conviendrait le mieux, ce sont les spectacles gais d'un comique très-vulgaire; mais ce sont précisément les spectacles que repoussent les personnes nerveuses, profondément blessées dans leurs affections. Ce qu'elles veulent, c'est la peinture exagérée des passions, ce sont des tableaux qui les excitent fortement. Qu'on se persuade bien que ce sont là autant de crises auxquelles l'économie ne saurait résister. On sent alors combien le péril est menaçant, combien le mal s'aggrave s'il existe encore, combien la rechute est facile si la maladie est à peine guérie, car, souvenons-nous qu'à peu de chose près, tout peut se gouverner dans l'économie, à l'exception d'une sensibilité funeste, désordonnée, qui se calme quelquefois, mais ne s'éteint jamais dans certaines organisations : le temps seul a cet insigne pouvoir dans certaines circonstances.

Il est un moyen de révulsion morale infiniment supérieur aux spectacles, du moins à mon avis, c'est le *monde*. Je n'ignore pas que beaucoup de personnes, adoptant en cela les principes du code de la sagesse vulgaire, ont une opinion toute contraire. Un illustre médecin, Zimmermann, veut que dans la douleur morale on s'éloigne du monde; mais qui fut jamais plus morose, plus irritable, plus accablé de maux que Zimmermann lui-même, plus victime de la *solitude* qu'il a tant recommandée et pour laquelle il a écrit un ouvrage si attachant? Madame de Staël se moque de ces gens qui conseillent le monde contre la douleur morale. « Quand ils voient, dit-elle, les âmes sensibles agitées par les peines du cœur, ils leur proposent toujours de sortir de l'air où est l'orage pour entrer dans le vide qui tue. » J'ai presque honte de ne pas partager l'avis de cette illustre femme, mais la vérité, mais l'expérience médicale doivent passer avant tout. D'ailleurs, il faut distinguer, le monde s'entend aussi des affaires, des devoirs, ou bien encore des occupations d'une profession active; or, est-il rien de plus propre à calmer *l'idée fixe* et douloureuse, cause provocatrice du désordre des fonctions de l'économie? Ces obligations, ces devoirs, cette chaîne de convenances sociales, ces usages reçus dont on se plaint comme d'un boulet que nous traînons tous, ont cela d'utile, c'est qu'ils forcent à se contraindre, et que la contrainte, quelque pénible qu'on la suppose d'abord, finit par amortir et dominer l'imagination. Les pensées se régularisent, pour ainsi dire, comme les actions, et il en résulte, à la longue, cette puissance de raison, cette supériorité de bon sens sur la passion tant désirées, et surtout des impressions éminemment sédatives pour la douleur morale. On voit que ce moyen thérapeutique, sagement combiné avec d'autres, ne doit pas être négligé par la médecine.

Il y a plus, c'est que le monde frivole n'est pas à dédaigner, si par des motifs particuliers le malade est obligé de s'y livrer. Eh quoi! dira-t-on, faut-il laisser cet infortuné dans le cercle banal de la vie matérielle, dans ce monde d'extravagants, de fous, de mimes, de parodistes, d'indifférents, de masques plus ou moins gais, de fripons et de dupes; faut-il le condamner à entendre le rire de la sottise, le bourdonnement ricaneur du vulgaire, etc.? Pourquoi pas? si c'est un moyen de guérison. Ce monde empêche de trop penser, et c'est déjà beaucoup; il

agite à la surface, c'est encore quelque chose; enfin, à la longue, il remédie à cette éternelle opposition antinomique qui subsiste entre la raison et une sensibilité extrême et déréglée. Les petites choses entrent dans le système de la vie, comme les grains de sable dans celui de l'univers; et leur effet les rend souvent plus importantes que les grands principes de la philosophie. Nous en voyons ici un exemple frappant. Il est certain que ce fracas, ce tourbillon enivrant et étourdissant de plaisirs superficiels et néanmoins fatigants; que cette laborieuse oisiveté, ce fracas, ce tumulte, sont parfois l'énergique et seul dissolvant d'une *idée fixe*, capable de résister à d'autres moyens, *doloris medicamenta epicurea*. Cette activité forcée n'est-elle pas cent fois préférable à la solitude où les souvenirs se réveillent sans cesse, où le cœur se tourmente et se dévore lui-même? Quand ce ne serait que pour captiver sans cesse l'intelligence, l'occuper forcément ailleurs, l'empêcher de vivre avec cette crainte agitée que connaissent si bien ceux qui ont beaucoup souffert, on aurait obtenu de grands avantages. Sans doute, on ne doit pas s'attendre à trouver dans le monde dont il s'agit, ces soins, ces attentions, cette bienveillance qui rassurent et qui calment, à rencontrer des cœurs à battements parfaitement isochrones au vôtre, pour me servir d'un terme scientifique; mais un homme prudent n'estime-t-il pas à leur valeur les banales affections du monde auxquelles on donne le nom d'amitié? Il n'en est pas moins vrai que ce bruit qui étourdit et fait oublier, que cette agitation qui fatigue le corps sans attacher l'esprit ni pénétrer jusqu'au cœur, que ce spectacle varié, tumultueux, tourbillonnant, finissent par gagner de l'empire à l'insu du malade et pour ainsi dire malgré lui. Tout homme est seul, dit-on encore; il ne touche, à vrai dire, les autres que par son écorce. Un homme célèbre a dit: « On entre seul dans ce monde et on en sort seul, avec quelque aide cependant, un accoucheur et un fossoyeur. » Sans doute, mais on n'y vit pas seul; la vie sociale, la vie de famille déposent contre ces désolantes maximes; or, on prend toujours quelque chose du milieu où l'on se trouve longtemps plongé. La plus âcre douleur morale ne résistera qu'un certain temps à des sensations, à des idées, à des sentiments répétés dans un sens opposé.

Ainsi, fuir tout à fait le monde me paraît le plus sûr moyen d'entretenir la douleur morale, de l'exagérer; très-promptement alors elle agit sur le corps, détériore les organes et compromet à jamais la santé. On répète, si vous avez au cœur quelque plaie vive à guérir, n'allez pas où la foule rit et s'enivre: aux cœurs blessés *l'ombre et le silence!* dangereux apophthègmes qui prouvent peu d'expérience des lois de la vie. La médecine parle différemment, parce qu'elle s'appuie sur l'expérience de la connaissance de l'homme. La douleur morale triple d'énergie dans la solitude; elle rend fous les caractères faibles (1). Quelques-uns se livrent aux abus du vin ou de l'opium, comme il y en a des exemples, c'est-à-dire, qu'ils échappent à la folie furieuse pour tomber dans l'abrutissement. Au reste, point de maxime trop absolue, les âmes ont leur hygiène comme les corps; aux unes le bruit et l'agitation semblent préférables, aux autres le calme et le recueillement offrent plus de ressources; le tact et la sagacité du médecin dans le diagnostic serviront à indiquer la voie.

Mais s'il est facile de prouver l'efficacité du monde comme révulsion puissante dans les souffrances de l'âme, il n'est pas aisé d'en démontrer l'utilité aux malades. Presque toujours ils repoussent ce remède avec une étonnante opiniâtreté. On ne saurait croire jusqu'à quel degré s'élève le besoin de solitude qui travaille les cœurs ulcérés par la douleur morale. Ce qui augmente leur répugnance pour le monde, c'est qu'ils y trouvent les visages froids, les cœurs indifférents, les oreilles closes; le calme n'existant qu'autour d'eux, contraste avec leur agitation intérieure et semble la redoubler. Cette sorte d'existence dissipatrice leur est singulièrement antipathique; alors le cœur se replie sur lui-même, le ferment du malheur qu'il contient s'aigrit de plus en plus et augmente l'aversion qu'on a pour les autres. Il faudrait que tout le monde les comprît d'abord, que chacun vînt jeter du baume dans leur plaie; car le grand vice de la douleur physique ou morale est bien souvent de rétrécir l'âme dans les intérêts de notre personnalité. Cependant, ils s'accoutument peu à peu à cette indifférence; ils la comprennent, ils l'excusent; au bout de quelque temps, dociles aux conseils du médecin, ils lui obéissent et se laissent conduire. Dans la turbulence inquiète du premier moment, je ne saurais trop le redire, il n'y a rien à faire; le trait vient d'être enfoncé, attendez, observez; mais après une certaine période de temps, pressez, insistez, faites en sorte de surmonter les répugnances du malade pour rentrer dans la société; persuadez-lui que c'est un remède excellent, et qu'aucun médicament ne se prend avec plaisir, mais que son efficacité est démontrée, car le médecin, *piè mendax*, doit toujours être ferme et positif dans ses ordonnances. Il en est ici comme de l'étude des sciences et des arts, tant recommandée comme antidote de la douleur morale. On préfère mille fois se concentrer dans sa propre souffrance; toute occupation répugne, tout travail ennuie; mais faites, agissez, livrez-vous à l'étude, peu à peu au dégoût succède l'indifférence, puis l'intérêt se manifeste, ensuite l'attachement, quelquefois arrive le goût passionné; il y en a de nombreux exemples. Rien de plus facile à expliquer: l'âme humaine ne peut demeurer longtemps dans la même situation; tant que le ressort lui reste, elle tend au mouvement, et plus un sentiment l'a violemment comprimée, plus elle se rejette quelquefois avec force vers un sentiment contraire.

---

(1) Zimmermann parle d'un savant abbé, qui, profondément plongé dans la solitude, s'imaginait être un grain d'orge dans les dernières années de sa vie. « Il raisonnait fort bien, dit-il, sur toutes choses et avec tous ceux qui venaient le voir; mais le bon abbé ne voulait jamais sortir de sa maison, dans la crainte d'être mangé par les poules. »

Tels sont, en partie, les moyens que la thérapeutique morale emploie pour guérir toute douleur de l'âme qui, déterminant une *exaltation morbide* du *système nerveux*, conduit inévitablement à de graves affections organiques. Cependant, quelle que soit l'énergie de ces moyens, et l'habileté avec laquelle on les emploie, il ne faut jamais compter sur leur efficacité immédiate. Le temps, cet élément indispensable de guérison pour toutes les maladies du corps, l'est également pour celles de l'âme. Quoi qu'il y ait d'inconsolables douleurs, le temps les épuise, bien plus encore si on aide son action par les moyens dont nous avons parlé.

Il est des signes particuliers auxquels le médecin attentif reconnaîtra la bienfaisante influence de ces moyens. Après le premier choc et l'agitation qui en est la suite, l'irritation morale et physique diminue, les continuelles et absorbantes réflexions ont cessé, l'esprit reprend son équilibre, quelques fonctions se rétablissent, notamment celles de la digestion et de la respiration ; le sommeil revient, sinon profond et prolongé, au moins par intervalle et sans *tressaillements* nerveux ; la voix est calme, égale, non saccadée ni fortement accentuée; enfin, les traits du visage ne sont plus contractés ; ils s'épanouissent et reflètent la sérénité intérieure qui commence à renaître. C'est dans cette circonstance qu'il convient d'agir fortement; tout vient alors en aide au médecin ; un remède presque insignifiant, un mot, une démarche suffisent pour ranimer : l'espérance vit à si bon marché ! Quelquefois néanmoins, l'ébranlement a été si brusque, si violent, que le malade a beaucoup de peine à surmonter sa douleur. L'encéphale, vivement frappé par le coup moral, reste dans une sorte d'asthénie paralytique, le malade est stupéfié ; à chaque instant le rocher qu'il roule et veut écarter retombe sur lui pour l'écraser. Ce cas est grave, la raison ou la vie du malade sont en danger ; et pourtant on en voit qui résistent. Mais une vive douleur de l'âme, noblement et silencieusement portée, comme une croix pesante, jusqu'au terme d'une vie qu'elle absorbe, n'en est pas moins une terrible maladie. Il n'est pas donné à tout le monde de cuirasser son âme contre les effets de l'injustice, des trahisons, des abandons perfides, de la calomnie, des séparations et surtout de cette grande et terrible séparation qu'on nomme la *mort*, car, malgré la cupidité actuelle qui dévore les consciences, il ne faut pas croire que les revers de fortune soient l'unique cause des vives douleurs morales. Certes, Juvénal a raison :

Ploratur lacrymis, amissâ pecuniâ, veris.
Vous pleurez votre argent, vos larmes sont sincères.

Toutefois il est d'autres sources de chagrins, et les médecins en acquièrent journellement des preuves.

Au reste, il faut remarquer que la douleur morale, comme les maladies essentiellement matérielles, se termine de deux manières ; tantôt il y a des *crises*, comme de la colère, de l'emportement, même des crises physiques, comme des vomissements, des diarrhées, des convulsions, et surtout des larmes ; on dirait que celles-ci sont destinées à excréter le chagrin. D'autrefois la terminaison a lieu par *lysis*, comme disaient les anciens, c'est-à-dire, sans secousse apparente. Peu à peu, la douleur se calme, s'apaise, s'obscurcit et disparaît. La volonté et le cerveau reprennent graduellement leur empire sur les idées, puis sur le bouillonnement du sang, sur les excitations nerveuses, les impulsions instinctives. Bientôt, soit par la disparition de la cause elle-même, soit par l'action des trois grands remèdes suivants, proposés par un ancien, *necessitas*, *dies longa*, *doloris satietas*, la nécessité, le temps, la satiété même de la douleur, toute exaltation physique et morale a cessé, sans secousses extraordinaires. On voit ici combien est grande l'analogie des phénomènes morbides, physiques et moraux, car, quoiqu'on ne puisse réduire en démonstration les causes qui tiennent à l'intelligence, au sentiment, il n'en est pas moins vrai que ces vérités ont leurs développements, leurs lois, leurs applications, comme dans les objets physiques. Que se propose-t-on dans les maladies ordinaires ou matérielles ? De rétablir l'état normal ou physiologique. Le but est absolument le même dans la thérapeutique morale : ramener à un salutaire équilibre les facultés intellectuelles et affectives, se régler d'après ce qu'exigent la *sagesse*, la *santé*, le *bonheur*, trois sortes de synonymes. Quiconque a vécu, quiconque sait lire dans le grand livre du passé, apprend bientôt que tout ce qui, au moral comme au physique, n'est pas exactement dosé, mesuré, calculé, apprécié, tout ce qui est exagéré, tout ce qui déborde, doit inspirer de la méfiance ; la maladie en est la conséquence assurée, sinon toujours immédiate. Les recherches médicales, les profondes explorations du cœur humain, et par-dessus tout, une expérience positive, concordent sur ce point, au fond le plus digne d'intérêt et d'attention pour l'humanité.

D'ailleurs, quels que soient les moyens de thérapeutique morale auxquels le médecin a recours, il faut se rappeler :

1° Que ces moyens doivent toujours se baser d'après le caractère, l'âge, l'éducation, la sensibilité, les préjugés, le sexe du malade, et surtout d'après la cause et son degré d'intensité.

2° D'examiner avec soin les effets déjà produits sur l'économie, en prévoir les résultats, reconnaître surtout l'organe lésé ou le plus menacé.

3° De combiner ces moyens, de les varier, d'en faire une méthode thérapeutique d'autant plus complète qu'elle sera plus diversifiée.

4° De mettre dans leur emploi, autant que possible, une persévérance, une religieuse ponctualité, presque toujours couronnées par le succès.

5° Enfin, que si la guérison n'est pas toujours complète, au moins obtient-on avec certitude une diminution de souffrance morale, capable de prévenir les altérations organiques, ce qui est un immense avantage.

Une chose consolante pour le médecin et le malade est de se persuader que la force médicatrice, innée dans le corps humain, tend aussi bien à guérir la douleur de l'âme que la souffrance physique. L'ordre moral reprend de lui-même, dans la plupart des cas, sa régularité, son ascendant; c'est une des grandes lois de la vie. Mais cet effet salutaire se manifeste bien plus rapidement en s'aidant des

moyens thérapeutiques dont nous nous avons parlé. Cette idée fixe, éminemment abstraite, qui obsède et qui tue, dans les grandes passions, les sentiments violents, les grandes douleurs, ne résiste que bien rarement, quand elle est vivement attaquée par la révulsion morale bien dirigée. Les voyages, les affaires, les luttes politiques, les oligations du monde, celles d'une profession quelconque, les études scientifiques, les travaux artistiques, cette foule d'occupations qui exercent l'intelligence, sans agiter le cœur, qui emploient le temps, frappent les sens à chaque instant, captivent la mémoire, entraînent l'esprit, subjugent l'imagination, affaiblissent les souvenirs, en émoussent du moins les traits les plus aigus; telles sont les ressources de l'art contre la douleur morale, cet agent éminemment destructeur de l'économie. Ces ressources ne consolent pas toujours, un fonds d'amertume reste déposé dans les derniers replis de l'âme, mais cette portion de venin est peu à craindre, car le rapide mouvement de l'existence où l'on est plongé empêche de réfléchir et de soufirir. Peu à peu ce reste de l'idée fatale s'éloigne, s'enfonce dans le passé; ce n'est plus qu'un fantôme désormais sans action sur l'économie. Heureux, s'il est possible, de la remplacer par des illusions nouvelles, cent fois préférables à cette inflexible et inhumaine raison qui attriste et déflore la réalité.

Cependant il est des personnes qui douteront de la possibilité du succès. Le sceptique et désolant, *tout cela est bien difficile*, sera dans leur pensée et sur leurs lèvres. Qui nie cette difficulté? Trop souvent la douleur morale est un abîme où se perd la science des hommes. Mais aussi la thérapeutique constitue la partie la plus élevée comme la moins connue de la médecine, et cet *essai*, car je le nomme ainsi, sans fausse modestie, en fournira de nouvelles preuves. Où chercher un problème d'une solution plus ardue, que celui de dire à une profonde affliction : « Tu n'iras pas plus loin? » que celui de persuader à un homme, poursuivi, tourmenté nuit et jour par une idée fixe, de la détruire, de changer le cours de ses désirs, de ses opinions, de combattre ses habitudes, ses préjugés, de le convaincre qu'il doit se refaire, se recomposer sentiment par sentiment? Cependant il ne faut pas confondre la difficulté avec l'impossibilité; il y a entre elles une immense distance... *Tout cela est bien difficile!* soit : mais qu'y a-t-il de facile dans notre art? Est-il donc si aisé de traiter une fièvre typhoïde, le choléra morbus, une péripneumonie, et cent autres maladies? Ce sont là autant de problèmes très-complexes, et cependant le praticien en trouve parfois la solution, à l'aide de trois moyens qui ne lui ont jamais manqué, l'observation, l'expérience et l'induction.

La chose essentielle par-dessus tout, en fait de thérapeutique morale, comme dans la thérapeutique matérielle, est de connaître à fond l'individu qui souffre. Le cœur d'un malade est comme bien des instruments, il dépend de celui qui le touche. Ce composé de savoir, de jugement, de finesse et de tact, qu'on nomme expérience dans un médecin, est ici d'une indispensable nécessité. Il faut encore parler cette langue des consolations si précieuse aux âmes ulcérées par le chagrin. Manquer de cette *intelligence du cœur*, qui seule révèle le mystère de la vie intérieure, c'est ignorer la base de la médecine morale. Dans ce cas le malade peut adresser au docteur qui le traite ces paroles du poëte Saady : « Si votre âme n'est pas en harmonie avec la mienne, tout ce que je vous dirai vous paraîtra une faible. » A ces dons heureux, il faut joindre l'art de savoir attendre; de la patience, encore de la patience, toujours de la patience, c'est encore là un des fondements de la spychiâtrie; le succès en dépend. L'asphyxie morale comme l'asphyxie physique, ne se dissipe qu'à force de soins, de temps et de patience. Or, cette dernière qualité est d'autant plus précieuse, que le malade est irrité, par conséquent irritable et susceptible, que le cri de la douleur est souvent amer et injuste. Il faut se rappeler en outre qu'une extrême douleur de corps et une vive souffrance de l'âme, mettent presque toujours l'homme dans un état de minorité intellectuelle et morale; et puis *res est sacra miser*. Ces belles paroles doivent être à jamais gravées dans le cœur du médecin. Ajoutons que la patience a ses lauriers comme le courage, et que les succès qu'on obtient valent bien tout ce qu'on peut y mettre de temps, de labeur et de savoir.

Cependant n'allons pas trop loin; ce serait une témérité d'espérer toujours réussir. Les mêmes analogies de la thérapeutique morale et organique, tant de fois rapprochées dans le cours de ce travail, se retrouvent encore ici. Dans ces deux ordres de moyens de guérison, on ne remarque que trop souvent la faiblesse des ressources de l'art, ses doutes, ses revers, ses erreurs, ses mécomptes, nous les avouons sans difficulté. La médecine ne guérit pas plus du désespoir que la logique; souvent même, l'amitié la plus dévouée, la charité la plus ardente, sont suffisantes à remplir cette noble et sainte mission; mais convenez aussi que les divers moyens thérapeutiques, maniés avec prudence et méthode, ont aussi de nombreux succès. Avouez encore que si la médecine ne guérit pas toujours, elle dirige, elle aide, elle persuade, elle soutient, elle console; est-ce donc si peu pour l'humanité? Elle console surtout, voilà un de ses moyen les plus infaillibles. Un écrivain célèbre a dit : « Pourquoi ce mot *je vous consolerai*, qu'il parte de la bouche d'une femme, de l'œil caressant d'un chien, de la lettre d'un ami, ou de la chaire d'un prêtre... pourquoi ce mot a-t-il encore une puissance irrésistible?... La médecine seule peut répondre à cette question, parce qu'elle possède la connaissance de l'homme physique et moral, parce qu'il lui est donné de faire directement l'application des plus beaux préceptes de la philosophie pratique.

(*Bulletin gén. de thérapeutique*, novembre.)

106. *Sur la statistique de la durée des maladies, traitées par la méthode des saignées coup sur coup ;* par le docteur GRISOLLE, ancien chef de clinique médicale, etc.

Quand le professeur Bouillaud, médecin de la Charité, publia ses résultats, tous ceux de nous qui croyaient à l'infaillibilité des résultats statistiques se sentirent un moment ébranlés ; mais ce moment d'indécision fut le seul triomphe du père de la méthode jugulante ; en effet, on remarqua bientôt que cette supériorité résultait purement d'une simple manière de faire, particulière à l'auteur.

Voici en quelques mots le mécanisme de la chose : pendant que les observateurs ordinaires, pour apprécier l'influence d'une méthode thérapeutique quelconque, éliminent tous les cas heureux dans lesquels cette méthode n'a point été appliquée, M. Bouillaud suit une marche inverse et compte, au profit de cette méthode, toutes les guérisons auxquelles cette méthode est complétement étrangère ; voilà pour la supériorité du chiffre des guérisons.

Voici maintenant le procédé suivi pour mesurer la durée des maladies, sous l'influence des divers modes de traitement : ce procédé consiste simplement à dater la guérison ou la mort des malades, à partir du jour où ils sont entrés à l'hôpital, sans tenir compte des trois, quatre, six ou huit jours depuis lesquels la maladie durait peut-être avant cette admission, ou bien à avancer le jour réel de la convalescence, c'est-à-dire déclarer celle-ci avant la terminaison réelle de la fièvre, des accidents locaux, etc.

Tout ceci nous est raconté de la manière la plus édifiante dans le livre de M. Grisolle, et nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement l'auteur sur ces petits expédients scientifiques :

« On voit donc que, par son procédé, M. Bouillaud réalisait, en faveur de sa méthode, un bénéfice de plus du tiers dans la durée totale de la maladie. Ce médecin paraît avoir compris le vice d'un pareil calcul, car il l'a abandonné sans même avoir songé à le défendre. Cependant M. Bouillaud n'a pas encore voulu s'astreindre à compter comme tout le monde, car les résultats qu'il aurait alors donnés eussent été l'arrêt de mort de sa méthode ; mais il a adopté un autre système : il a rapproché le terme de sa convalescence, de sorte que le bénéfice que M. Bouillaud trouvait autrefois dans la première période de la maladie, il le réalise maintenant à la fin. On voit par là que M. Bouillaud comprend très-bien le système des compensations, mais il n'en résulte pas moins qu'il a encore adopté une méthode très-vicieuse, qui ne lui permet pas moralement de comparer ses résultats aux nôtres, et à ceux de MM. Louis et Chomel. »

Nous n'avons point hésité à reproduire ce jugement sévère, parce que, malgré sa sévérité, il est juste, et qu'après tout, l'intérêt de l'humanité pèse plus dans la balance que l'intérêt d'un amour-propre.

(*Journal des Connaissances méd.*, octobre.)

107. *Autopsies et lésions cadavériques remarquables ;* par le docteur PAYAN, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône.)

Dans aucun temps les lésions matérielles des tissus n'avaient autant que de nos jours fixé l'attention des hommes de l'art. C'est avec une ardeur vraiment étonnante qu'on s'est jeté dans cette voie de recherches peu fréquentée jusqu'alors, et qui, par là même, devait sourire aux esprits de la classe actuelle des médecins si avide de connaissances, si désireuse de pouvoir pénétrer les mystères qu'offrait encore la pathologie. Par l'anatomie pathologique, l'art de guérir a vraiment grandi ; il a fait dans ce siècle un pas de géant ; il a pu venir se placer au rang des sciences les mieux raisonnées. Par elle, la médecine s'est dépouillée de ces théories imaginaires qui avaient si longtemps obscurci et ralenti sa marche. Par elle aussi le diagnostic des maladies s'est épuré ; chaque symptôme est devenu vraiment significatif ; les signes apparents ont fait reconnaître les lésions cachées ; et enfin la santé de l'homme, objet de nos études et de nos méditations, lui a dû d'immenses services. Cette partie des occupations médicales est parfaitement cultivée dans la capitale ; mais dans les provinces peu de personnes cherchent à recueillir les faits intéressants qu'elle peut offrir à l'observation. Et cependant de vastes hôpitaux se trouvent aussi dans les provinces ; des faits remarquables y sont tous les jours observés ; mais peu de personnes s'occupent à les recueillir, quoique quelquefois des faits pareils n'aient pas été mentionnés encore et que leur publication pût remplir des lacunes encore existantes. Ces faits, on les garde pour soi ; mais le public médical souffre de cet égoïsme ou de cette paresse. Je ne dirai pas que je ne me sois moi-même rendu coupable de cette négligence scientifique : depuis assez longtemps que je fréquente les hôpitaux, j'ai beaucoup vu, j'ai beaucoup observé en fait de lésions anatomiques, et ma mémoire est encore riche d'une foule de faits plus ou moins intéressants. Sans avoir ici l'intention de les produire tous, j'ai cependant cru devoir faire connaître quelques-uns de ceux qui m'ont paru les plus remarquables :

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Cas remarquable d'ankylose complète des articulations temporo-maxillaires.*

De toutes les articulations du corps humain, celle dont l'ankylose est sans contredit la plus rare est l'articulation temporo-maxillaire, presque toujours en mouvement depuis la naissance jusqu'à la mort, soit pour l'acte de la mastication, soit pour la préhension des aliments et des boissons, pour la déglutition même, la prononciation des sons, etc., et peu exposée d'autre part aux maladies qui envahissent si fréquemment les autres articulations et les disposent à l'ankylosation. On peut pressentir, par là même, combien peu commune doit être la soudure temporo-maxillaire. L'observation, au reste, serait là présente pour démontrer ce fait au besoin. Ce n'est pas que je veuille dire que des faits de cette

espèce n'aient pas été remarqués de temps en temps ; car je sais qu'il en a été cité quelques exemples par suite des progrès de l'âge, des affections rhumatismales, ou peut-être d'une disposition particulière à l'ossification, propre à certaines organisations ; tel est le cas, par exemple, de cet officier mort à Metz, en 1822, qui, à la suite d'une affection rhumatismale générale et de longue durée, eut toutes les articulations, même les temporo-maxillaires complétement ankylosées, comme le témoigne son squelette déposé dans le cabinet de l'école de médecine. Mais dans tous ces cas déjà bien rares, l'ossification ne s'étend que peu à peu et le maxillaire inférieur ne se soude avec les os temporaux que lorsque déjà toutes les autres articulations du corps sont ankylosées. Or, le fait que je vais mentionner offre ceci de remarquable, que l'ankylose temporo-maxillaire était la seule existante dans le corps et qu'elle datait depuis l'âge de quatre ou cinq ans. En voici, au reste, la narration :

« Latel, âgé de 75 ans, cultivateur, homme d'une assez forte constitution, mourut à l'hôpital d'Aix, en août 1835, d'une violente attaque de choléra-morbus asiatique. Ayant reconnu, quand je reçus ce vieillard, que les deux mâchoires étaient complétement immobiles et rapprochées l'une de l'autre, et que les aliments n'étaient introduits dans la bouche que par l'espace libre que laissait le manque de quatre dents incisives supérieures, je fus désireux de remarquer, après la mort, qui survint dans deux jours, ce qui se passait dans ces articulations. Après avoir donc enlevé les parties molles des régions auriculo-parotidiennes, il me fut facile de reconnaître une soudure complète des condyles maxillaires avec les os temporaux. Cette union était même si intime que le maxillaire inférieur semblait ne faire qu'une seule et même pièce avec les os des tempes, et la substance osseuse qui s'était formée autour de ces articulations les avait si bien recouvertes, qu'on ne pouvait reconnaître la ligne de démarcation qui les séparait. On eût vraiment dit qu'une couche de substance osseuse avait été déposée, sous forme de mastic, autour de ces parties, d'une manière si exacte, que les inégalités osseuses en étaient effacées.

« La plupart des dents existaient encore ; il ne manquait, je crois, que trois molaires et les quatre incisives supérieures qui avaient été extraites pour faciliter le passage des aliments dans la bouche. Les arcades dentaires étaient appliquées l'une contre l'autre ; seulement les dents antérieures étaient un peu dejetées en avant et les molaires légèrement inclinées en dehors, effet produit par les divers mouvements de la langue dans la bouche. En dehors des molaires, entre elles et les joues, existait de chaque côté, vis-à-vis les orifices des conduits de Sténon, une concrétion terreuse, aplatie, véritable calcul salivaire immobile, en ce que, moulé sur la surface externe des dents, il s'enfonçait aussi dans les interstices qui existaient entre elles.

« Désireux de connaître la cause de cette ankylose, que rien ne m'indiquait dans cette pièce pathologique, je me transportai chez les enfants du défunt pour obtenir d'eux quelques renseignements. J'appris alors qu'ils avaient vu de tout temps leur père dans cet état, qu'il leur avait maintes fois déclaré qu'il n'avait que cinq ans lorsque s'étant laissé tomber de dessus une table, il s'était donné à la tête un coup violent à la suite duquel avait persisté l'immobilité de sa mâchoire.

» N'ayant pu recueillir aucun autre détail sur la cause de cette rare ankylosation, j'ai dû me contenter de narrer le fait tel qu'il avait été à ma connaissance, sans autre commentaire. »

Cette pièce curieuse et remarquable, que j'ai pendant un certain temps conservée dans mon cabinet, fait actuellement partie des pièces anatomiques que possède mon ancien maître, M. le professeur Dubreuil, de Montpellier. Elle a été offerte à ce savant anatomiste par la reconnaissance et l'amitié.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Atrophie complète et ancienne d'un poumon : cicatrisation de nombreuses excavations tuberculeuses.*

En janvier 1837 entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix la nommée Joséphine M..., âgée de 26 ans, pour y être traitée d'une indisposition légère. Cette fille y avait été vue encore trois ans auparavant, et cette fois elle avait présenté tous les signes d'une phthisie tuberculeuse avouée, savoir : toux creuse et profonde, expectoration abondante entraînant des débris de tubercules, rougeur des pommettes, fièvre hectique, etc., tous indices qui avaient fait pronostiquer une terminaison funeste. Aussi, quand elle voulut retourner dans ses foyers après trois mois de séjour dans les salles de l'hôpital, tout annonçait qu'elle ne tarderait pas à s'éteindre. Il n'en fut pas cependant ainsi : Joséphine toussa, cracha longtemps encore ; les rougeurs aux pommettes persistèrent assez longtemps aussi ; mais enfin ces fâcheux symptômes s'amendèrent, diminuèrent peu à peu ; et à mesure, la malade prenait des forces et progressait vers la santé. Elle se sentit enfin plus tard en état de rentrer au service, n'éprouvant plus que quelque gêne dans la respiration lorsqu'elle se livrait à quelque exercice trop fatigant.

Rentrée à l'Hôtel-Dieu au commencement de 1837, pour une gastrite légère, elle ne présentait plus aucune trace d'affection pulmonaire. — C'était vers cette époque que la grippe commença ses ravages dans notre ville. Quelques jours après son entrée, la malade fut reconnue, à la visite du matin, atteinte d'une grippe commençante qui n'offrait rien d'alarmant : vers le déclin du jour la respiration devint très-gênée, des menaces de suffocation devinrent de plus en plus imminentes, et, malgré les secours de l'art les plus actifs et les plus sagement administrés, nous eûmes la douleur de voir cette fille mourir, dans le courant de la nuit, avec tous les symptômes d'une véritable asphyxie.

Cette terminaison si rapidement fatale m'avait trop frappé pour que je ne cherchasse pas à reconnaître quelle en avait pu être la cause. L'autopsie se fit donc en ma présence le lendemain.

L'habitude extérieure du corps offrait un embonpoint ordinaire. Le côté gauche du thorax était sensiblement moins développé que le droit ; de l'écume sortait de la bouche et des narines.

Le crâne ouvert laissa apercevoir les vaisseaux veineux intra-crâniens gorgés d'un sang noir : il n'y eut rien autre d'anormal. La cavité de la poitrine fut ensuite ouverte. Ce qui se fit remarquer d'abord, ce fut la disproportion de volume entre les deux poumons : tandis que l'un, le droit, était bien développé et qu'il remplissait toute la cavité droite du thorax, le gauche, réduit à un très-petit volume, était comme perdu dans la gouttière intra-thoracique, caché par une assez abondante quantité de tissus lamineux. En poussant plus loin notre examen, nous reconnûmes facilement qu'il était complétement atrophié, qu'il n'offrait pas la possibilité de se laisser pénétrer par l'air : il présentait, au contraire, une texture dure, comme fibreuse ; je ne saurais mieux la comparer qu'à celle des capsules surrénales, et encore était-elle plus consistante. Incisant ensuite cette masse atrophiée, nous découvrîmes plusieurs cavités plus ou moins spacieuses paraissant communiquer les unes avec les autres. C'étaient de véritables cavernes tuberculeuses, assez nombreuses, parfaitement cicatrisées et vides de toute matière.

Quant à l'autre poumon, il présentait à l'extérieur une couleur livide ou violacée et une fermeté plus grande que dans son état ordinaire ; il était en même temps plus pesant. Il crépitait cependant encore; mais, quand on le pressait entre les doigts, on sentait que la crépitation était diminuée et qu'il était engorgé par le sang. Aussi, en le coupant, son tissu paraissait tout infiltré d'une sérosité sanguinolente, trouble et spumeuse ; c'était, en un mot, de l'engouement pulmonaire : signe anatomique de la pneumonie au premier degré.

Ces altérations pathologiques nous expliquèrent parfaitement tous les phénomènes qui s'étaient passés chez cette malade et qui avaient si rapidement anéanti son existence. Elle avait été réellement phthisique; mais un seul des poumons avait été atteint de l'affection tuberculeuse. Les tubercules y avaient été même en fort grand nombre ; il avaient envahi tout son parenchyme : de l'état de crudité, ils avaient passé à celui de ramollissement; ramollis, ils avaient été expectorés. C'est ce que démontraient irrécusablement et l'expectoration abondante qui avait eu lieu d'abord, et l'existence des cavernes dont était criblée la substance pulmonaire.

Il ne sera pas plus difficile d'expliquer pourquoi la phthisie n'avait pas été mortelle, et pourquoi tant de vastes cavernes avaient pu parvenir à une complète cicatrisation. Si, en effet, cette maladie avait pu guérir, c'est qu'elle n'était que partielle, qu'elle n'occupait qu'un des poumons, ce qui est une exception à sa manière d'être. Un des deux organes respiratoires étant resté sain, l'affection tuberculeuse avait pu, dans l'autre, parcourir ses périodes, jusqu'à évacuation complète de la matière ramollie; et les cavernes, quoique nombreuses, avaient pu se cicatriser, parce que le poumon droit avait pendant ce temps suffi aux besoins de la respiration, et suppléé le gauche dont toute l'étendue finit par devenir imperméable à l'air.

Cette observation me paraît démontrer suffisamment l'incurabilité nécessaire de la phthisie tuberculeuse dans un très-grand nombre de cas, malgré l'hypothèse de l'évacuation complète de la matière tuberculeuse et de la cicatrisation des cavités qui la contiennent. Le poumon, en effet, devrait souvent dans ce cas être profondément altéré dans sa texture comme chez le sujet de notre observation, et il en résulterait cette imperméabilité pour l'air que nous remarquons aussi et qui annulerait ses fonctions.

Parmi les nombreuses lésions cadavériques que m'ont présentées les divers poumons qui, en grand nombre, ont passé sous mes yeux, je n'en ai certainement pas rencontré de plus remarquable que celle dont je viens de parler.

Troisième observation. — *Céphalée. — Amaurose symptomatique. — Mort. — Enorme tubercule dans le cervelet. — Hydropisie du troisième ventricule.*

Roman (Maximin), âgé de dix-sept ans, fut reçu à l'hôpital d'Aix le 5 janvier 1838. Ce jeune homme, trois mois auparavant, avait commencé à s'apercevoir d'une diminution de la vision qui avait été en progressant, au point qu'à l'époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, ses yeux présentaient une grande dilatation avec immobilité des pupilles, et qu'il distinguait à peine la lumière des ténèbres. Il avait aussi, à un haut degré, le faciès amaurotique. Il se plaignait en même temps d'une douleur sourde et permanente quoique peu vive vers la région occipitale, et souvent aussi d'une douleur vague et indéterminée dans le reste du crâne, surtout vers sa base. Au reste, la fièvre était presque nulle le plus souvent, et l'intelligence avait conservé son intégrité. — Quelques saignées, des révulsifs, des applications de sangsues aux tempes, sur les apophyses mastoïdes, un séton à la nuque, ne purent prévenir la mort qui survint le 20 avril. A cette époque la cécité était complète ; le jeune homme avait de fréquentes syncopes, mais son intelligence ne fut jamais troublée.

Nécropsie. Maigreur générale; rétine et nerfs optiques exempts de lésions. Le crâne ouvert et le cerveau renversé, nous apercevons sur sa face inférieure, et entre la scissure inter-hémisphérique antérieure et les pédoncules du cerveau, une saillie formée évidemment par du liquide. C'était le troisième ou le moyen ventricule qui était rempli d'une grande quantité de sérosité, et dont la substance médullaire qui en forme le plancher, ayant éprouvé de la distension, s'était épanouie et ne formait plus qu'une couche extrêmement mince ; c'est au point que l'arachnoïde seule formait un obstacle réel à l'épanchement du liquide. La commissure même des nerfs optiques était un peu aplatie par la compression du liquide. De la sérosité, mais en petite quantité, se remarquait dans les ventricules latéraux. — Nul doute pour nous en ce moment que nous ne dussions attribuer l'amaurose à la compression que cette quantité de sérosité exerçait sur les couches optiques et sur l'entre-croisement des nerfs de même nom.

Mais le cervelet nous présenta une autre lésion remarquable qui nous expliqua la douleur occipitale depuis longtemps existante. Voulant fendre cet organe, j'éprouvai, quand je fus arrivé au lobe gauche, une résistance qui n'existait pas ailleurs. Elle

était produite par un tubercule volumineux qui en occupait presque toute l'étendue. Il n'y avait effectivement en dehors de lui qu'une couche médullaire assez mince, toute ramollie dans la portion la plus voisine de la masse tuberculeuse. Ce tubercule, du volume d'une grosse châtaigne, était à l'état de crudité ; il commençait cependant à se ramollir à son centre. Il n'était point enkysté : l'examen le plus minutieux ne put point nous faire découvrir cette capsule qui, d'après MM. Gendrin et Leveillé, existerait constamment autour de la matière tuberculeuse qui se forme au sein des masses nerveuses. Le reste de la masse encéphalique n'offrait plus d'autre trace de substance tuberculeuse.

Nous avons cru devoir citer cette observation sous le double point de vue de l'hydropisie peu commune du troisième ventricule, et de l'existence d'un tubercule volumineux non enkysté dans le cervelet. D'autres fois, sans doute, nous avions rencontré de la matière tuberculeuse dans l'encéphale, surtout à sa surface, mais jamais nous n'en avions vu une masse pareille.

QUATRIÈME OBSERVATION. — *Cancer d'une des valvules de l'aorte.*

La science possède déjà beaucoup de documents relatifs aux maladies des valvules qui sont dans le cœur ou à l'orifice des vaisseaux qui en partent. Ainsi, elle a noté des indurations fibreuses, cartilagineuses ou osseuses, ainsi que des végétations tantôt albumineuses, tantôt verruqueuses ; mais ce qu'elle n'a peut-être pas eu encore occasion d'observer, c'est la dégénérescence cancéreuse de ces replis membraneux. Or, un cas remarquable de ce genre s'étant offert à nous dans le courant de 1838, je crois devoir en joindre le récit aux observations précédentes. Voici quelques préliminaires relatifs au sujet de l'observation :

Le 23 février 1838, nous reçûmes à l'hôpital un militaire congédié qui jusque-là avait joui d'une brillante santé. Il ne se plaignait que d'un léger gonflement du coude-pied gauche que nous crûmes devoir rapporter à la fatigue du voyage (il venait d'Afrique), et qui, par conséquent, ne fixa pas d'abord l'attention. Mais bientôt cette inflammation légère fit des progrès, et nous nous convainquîmes que nous avions affaire à une maladie de nature rhumatismale que l'on traita en conséquence. Vains efforts ! La maladie persista, fit même des progrès ; et bientôt notre attention se porta du côté du cœur, que plusieurs symptômes nous indiquèrent comme malade, symptômes dont on ne put arrêter la marche, et qui enlevèrent le malade le 30 mars suivant, trente-sept jours après son entrée.

Ces symptômes consistaient principalement, indépendamment du gonflement inflammatoire et douloureux des articulations tibio-tarsiennes, en une dyspnée qui fit des progrès rapides, et qui, vers la fin, était très-augmentée, en des espèces d'accès d'une suffocation parfois imminente, et en un état d'angoisse inexprimable. Le moral de cet homme était aussi fortement affecté, et le désespoir se peignait parfois sur sa figure un peu livide. Venait-il à s'endormir, son sommeil était bientôt troublé par un réveil en sursaut. La main, appliquée sur la région du cœur, ressentait un frémissement léger, et l'auscultation faisait reconnaître un bruit de râpe. Le pouls était, dans les derniers jours, petit, dur, accéléré, irrégulièrement tumultueux, sans intermittence toutefois. Ce fut enfin au milieu des cruelles angoisses de l'orthopnée qu'il succomba.

Telles sont les notes diagnostiques que je recueillis le jour même de sa mort, d'après ce que j'avais auparavant observé. Voici maintenant en quel état fut trouvé le cadavre. Visage et pieds un peu infiltrés ; système veineux cérébral et pulmonaire engorgé. Le cœur droit ne nous offrit rien d'anormal ; mais lorsque nous eûmes mis à découvert les cavités du gauche, nous aperçûmes une lésion qui nous donna l'explication de ce qui s'était passé, et cette lésion existait à l'orifice aortique. Il y avait, en effet, une des valvules de la grande artère, celle qui correspond à la naissance de l'artère cardiaque postérieure, qui était toute désorganisée : elle avait quatre fois au moins plus d'épaisseur que dans l'état ordinaire, et elle était transformée en un tissu tout inégal et bosselé, qui n'offrait rien d'analogue au tissu valvulaire. Par un léger effort, cette valvule se déchira par le milieu ; et les bords de la déchirure laissèrent apercevoir un tissu vraiment dégénéré, friable, d'aspect rouge jaunâtre, à saillies renversées et qu'on ne pouvait s'empêcher de regarder comme cancéreux. Et non-seulement toute cette valvule était envahie par le mal, mais encore la voisine commençait à être affectée. En outre, derrière la valvule cancéreuse, était une ulcération déjà profonde qui avait l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, véritable ulcération rongeante, à surface tout à fait inégale, où l'œil pouvait remarquer aisément cet aspect végétatif qui se remarque souvent dans les affections cancéreuses.

Cette valvule, ainsi épaissie, était devenue immobile ou à peu près, et la saillie qu'elle faisait dans l'orifice aortique en rétrécissait nécessairement la capacité. Elle constituait donc un véritable rétrécissement du commencement de l'aorte qui devait amener une perturbation dans la circulation. Le sang, en effet, ne pouvait plus alors être poussé qu'incomplétement dans le système artériel, et il n'existait plus d'harmonie entre celui qu'apportaient les veines pulmonaires dans l'oreillette gauche et celui que le ventricule repoussait dans le tronc aortique. De là la dyspnée, l'orthopnée, les bruits anormaux du cœur, la lividité de la face, la petitesse, l'irrégularité du pouls, etc. Si le ventricule gauche ne nous parut pas avoir une amplitude plus grande qu'à l'ordinaire, c'est que la maladie de la valvule ne datait pas de longtemps ; le sujet ne souffrit, en effet, de sa maladie, que pendant une quarantaine de jours à peu près.

Je possède encore la pièce anatomique dont je viens de donner la description.

CINQUIÈME OBSERVATION. — *Examen anatomique d'un mal de Pott.*

Assez de dissentiment paraît régner encore sur ce qu'on doit entendre par mal vertébral de Pott, ou plutôt sur la nature de cette maladie. L'école de

Paris professe généralement que c'est une carie d'une ou de plusieurs vertèbres qui débute toujours par une ostéite ou inflammation aiguë ou chronique de ces os. Et comme le premier effet de l'ostéite est le ramollissement de l'os, il en résulte que le corps de la vertèbre enflammée, incapable de supporter le poids du tronc ou de la partie du tronc qui est située dessus, s'affaisse sur lui-même et fait ainsi proéminer son apophyse épineuse. De là la gibbosité, l'attitude vicieuse et la démarche embarrassée que présentent les malades. Mais d'autres médecins, marchant sur les traces et les idées de *Delpech*, ne virent dans cette maladie qu'une affection organique des vertèbres, caractérisée par la dégénérescence tuberculeuse dont le résultat est une suppuration plus ou moins abondante, suivie de la destruction de la substance des parties affectées. Il y a donc entre ces deux opinions cette différence que pour les uns le mal de Pott est une inflammation franche des vertèbres, et que pour les autres c'est une affection tuberculeuse.

Désireux de connaître par l'inspection cadavérique, quand l'occasion m'en serait offerte, à laquelle de ces deux opinions il fallait donner sa confiance pour avoir une idée juste sur la nature de cette affection, j'ai examiné avec attention les lésions que m'ont présentées cinq sujets, que j'ai vus succomber à cette maladie, dont deux ont été autopsiés dans le courant de l'an dernier. Chez tous, la nature tuberculeuse de la maladie a été très-manifeste, ainsi que l'absence des signes pathognomoniques de la carie. Je vais me contenter de rappeler ici en quelques mots les notes que j'ai recueillies à l'autopsie du dernier sujet mort avec un mal de Pott.

Le nommé Gatine, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate, ayant des cheveux fins et soyeux, avait commencé d'éprouver en Afrique, où il servait comme soldat, les premières atteintes du mal vertébral de Pott, pour lequel il fut envoyé à notre hôpital. Entré dans cet établissement le 26 juillet 1838, il y était encore en mars 1839 pour la même maladie, dont la marche déjà avancée ne put être arrêtée malgré quatre grands exutoires entretenus avec soin autour de la saillie dorsale. Toutefois, le mal vertébral n'avait pas encore atteint sa dernière période, lorsque ce militaire succomba à une violente cérébrite suraiguë qui l'avait spontanément surpris.

Autopsie faite le 5 mars.—Habitude extérieure du corps fort amaigrie : indices très-manifestes, dans le cerveau, de la cérébrite qui l'a enlevé un mois avant l'époque pronostiquée de sa mort. Les parties molles qui recouvrent la saillie dorsale ayant été enlevées avec soin, nous reconnaissons, vers leur surface, la plus rapprochée des vertèbres, des tubercules aplatis épars çà et là. De plus, les corps des quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales en sont presque totalement tapissés. Et non-seulement il est de ces tubercules qui correspondent à la superficie de ces vertèbres, mais on en voit encore en grand nombre dans la substance osseuse elle-même, situés dans les aréoles des vertèbres ou dans des cavités produites par l'usure qu'ils y avaient occasionnée. La huitième vertèbre offrait aussi quelques tubercules, mais en nombre moindre. Des cinq vertèbres affectées, la sixième était de beaucoup la plus malade : presque tout son corps était détruit par l'action de la matière tuberculeuse, que l'on y voyait abondante, grumeleuse, ramollie, remplissant les aréoles qui n'avaient pas été encore totalement détruites. Elle était également aplatie par la compression des parties situées au-dessus, et son apophyse épineuse était par suite devenue très-proéminente. En plusieurs points le périoste avait été corrodé par la matière tuberculeuse, et les inégalités osseuses étaient à nu. Et, comme si ce sujet eût été destiné à nous présenter les diverses phases de la maladie, on apercevait en avant et un peu au-dessous de la sixième vertèbre une petite collection évidemment formée par le détritus de la matière tuberculeuse ramollie. On comprenait que cette dégénérescence tuberculeuse se développât aux dépens des lames ou feuillets aréolaires des vertèbres, qui étaient comme corrodés. Les os, au reste, présentaient partout leur densité et leur couleur naturelles. On ne remarquait aucunement sur eux ni la coloration rougeâtre, ni le ramollissement, ni la suppuration grisâtre et ichoreuse de la carie osseuse. Les os offraient partout les caractères d'os sains, si ce n'est la perte de substance que leur avaient fait éprouver les progrès de la maladie. Tout, en un mot, dans ce cas, dénotait une affection tuberculeuse des plus manifestes, et il n'y avait que des signes réellement négatifs de la simple carie osseuse.

Dans les autres quatre cas que j'ai pu encore étudier, le scalpel à la main, le résultat a été semblable : toujours le mal de Pott a offert les témoignages de sa nature réellement tuberculeuse, et chaque fois encore nous avons reconnu l'absence des signes pathognomoniques de la carie vertébrale. Aussi est-ce un point de la science que nous regardons comme suffisamment démontré, que l'on ne doit voir dans la maladie que Pott a le premier décrite avec soin, qu'une affection tuberculeuse; et, sans vouloir chercher ici à appuyer cette opinion d'autres arguments que ceux que nous ont fournis nos recherches cadavériques, nous avons lieu de penser que l'époque n'est pas éloignée où une étude plus approfondie des véritables lésions anatomiques qu'offre le mal de Pott ne laissera plus de doute à ce sujet.

J'ajouterai encore, comme complément de ce qui vient d'être dit, que les poumons présentaient aussi un très-grand nombre de tubercules. Rien n'est plus commun, au reste, que de voir l'affection tuberculeuse des vertèbres marcher de pair avec l'affection tuberculeuse des poumons.

(*Revue médicale*, novembre.)

108. *Imperforation de l'hymen;* par M. Lane.

Obs. — M. Lane fut appelé, en 1837, auprès d'une femme âgée de 35 ans qui n'avait jamais été réglée. Elle avait déjà pris beaucoup de remèdes pour rétablir le flux menstruel, mais leur effet s'était constamment borné à augmenter son malaise, qui consistait en douleurs dans la région utérine, devenant plus vives tous les mois. Cette femme ayant consenti, non sans beaucoup de difficultés, à se laisser examiner, on trouva l'hymen imperforé. Il était en même temps très-épaissi et tellement distendu, qu'il laissait pénétrer le doigt dans le vagin, à une grande profondeur. La malade éprouvait des douleurs semblables à celles de l'accouchement. La membrane étant devenue saillante et tendue au moment d'un violent accès de souffrance, M. Lane en profita pour y faire une incision d'un pouce et demi environ. Il s'écoula près de trois gallons (12 pintes) de sang, dont la première partie avait l'aspect du goudron, mais qui recouvrait ensuite, à mesure qu'il sortait, sa fluidité et sa couleur ordinaire. La femme fut parfaitement guérie, et, dix mois après l'opération, elle accoucha heureusement d'un enfant bien constitué.

Cette observation nous semble remarquable par la rapidité de la guérison, malgré la simplicité du traitement. On sait que des accidents graves surviennent souvent à la suite de l'evacuation d'une aussi grande quantité de sang, ce qui a donné lieu à divers procédés destinés à faire que sa sortie s'opère d'une manière lente. Il est digne d'attention que le succès ait couronné la conduite du chirurgien dans un cas où cette précaution a été négligée, dans un cas surtout où l'ancienneté de la maladie, la quantité du sang épanché, et sa décomposition déjà commencée, devaient faire craindre que son extraction instantanée ne fût suivie des symptômes fâcheux qu'on a plusieurs fois observés dans des conditions assurément moins graves.

(*Dublin med. Press.*)

---

109. *Note sur une nouvelle manœuvre applicable à quelques cas de version;* par A. Godefroy, D. M. P.

Monsieur le Rédacteur,

Tous les accoucheurs savent combien il est difficile, dans quelques versions, de dégager les bras, surtout lorsque l'opérateur est obligé de terminer l'accouchement sans le concours des contractions utérines. Alors, en effet, le tronc descend sous les bras, la flaccidité de l'utérus leur permettant d'abandonner la région antérieure du thorax et de se relever sur les côtés de la tête, ou de se porter en arrière sur le dos, ou enfin de se croiser avec la nuque. Ces diverses positions vicieuses ont encore lieu lorsqu'on ramène une position postérieure à une antérieure.

Ces dispositions anormales du bras rendent les manœuvres plus longues et plus difficiles, ce qui augmente et prolonge les douleurs de la mère et expose l'enfant à des luxations ou à des fractures des membres supérieurs, et quelquefois occasionne sa mort, soit par apoplexie, soit par luxation de l'articulation atloïdo-axoïdienne.

Pour éviter ces accidents, j'emploie et j'enseigne, depuis 1832, une manœuvre qui consiste dans l'extraction première des bras, dans tous les cas où il convient de terminer promptement l'accouchement sans l'aide des contractions utérines (perte, inertie par torpeur, éclampsie, etc.).

Cette méthode, applicable dans beaucoup de cas, est surtout convenable dans les présentations de la tête.

Voici la manière d'opérer :

La femme étant placée comme pour toute autre version, la partie qui se présentait au détroit supérieur du bassin étant refoulée (s'il y a lieu), l'on porte la main qui correspond de nom au côté du fœtus qui regarde en arrière ou en bas, sur la region antérieure de l'enfant : on ne tarde pas à y rencontrer les bras ; l'on saisit la main qui se trouve en dessus et l'on entraîne le membre dans le sens de sa flexion ; la main arrivée à la vulve, on applique un lacs sur le poignet afin de retenir ce membre.

La même main est reportée à la recherche de l'autre bras, qui bientôt est saisi, amené à l'extérieur, et fixé de la même façon que le premier.

Alors la même main procède à la version et au dégagement des pieds, comme à l'ordinaire. Pendant cette partie de l'opération, les deux membres thoraciques remontent dans l'utérus, mais les pieds étant extraits, de légères tractions, faites sur les lacs fixés aux poignets, appliquent les bras sur les parties latérales du tronc : alors on procède à l'extraction du fœtus suivant les règles ordinaires. Les membres thoraciques, appliqués au tronc, franchissent la vulve en même temps que lui, les mains avec les branches, etc., et l'opération ne présente plus rien de particulier, si ce n'est une extrême facilité, provenant de la sortie simultanée du tronc et des membres supérieurs.

En 1832, j'employais accidentellement cette manœuvre dans une présentation du bras droit. La main gauche se trouvait à l'orifice utérin et me gênait; j'en fis l'extraction et fus étonné de la facilité avec laquelle je terminai mon opération. Ce fait m'engagea à répéter cette manœuvre sur le mannequin, non-seulement pour cette position, mais encore pour les autres, et je reconnus qu'elle était particulièrement applicable aux présentations du sommet de la tête, des régions antérieures et latérales du tronc, ainsi qu'à celles de la région

postérieure, après avoir opéré le refoulement.

Depuis cette époque, j'ai eu occasion d'employer cette manœuvre dans 21 cas, ainsi répartis :

Présentations de l'épaule,	8
Id. de la tête,	13
Total	21

Aucune de ces versions n'a présenté de bien grandes difficultés; toutes ont été assez promptement terminées; quinze enfants ont été obtenus vivants, et toutes les femmes ont survécu. Plusieurs anciens élèves de l'école de Rennes, qui ont eu occasion d'employer cette méthode, s'en louent.

On pourrait lui reprocher d'augmenter les manœuvres de deux introductions de la main dans l'utérus (introduction qui n'est pas sans danger et qui ne doit jamais avoir lieu sans nécessité), mais je ne pense pas qu'il y ait, pour la gravité, de parité à établir entre mes deux introductions de la main, qui se font au commencement de la manœuvre, avant que l'utérus soit irrité, et les nombreuses tentatives d'abaissement des bras, auxquelles l'on est souvent obligé d'avoir recours dans l'ancienne méthode, toutes les fois que les bras se présentent en position vicieuse.

Ces tentatives d'abaissement des bras demandent aussi plusieurs introductions de la main ou d'une partie de la main dans le col utérin, et cela à une époque où l'utérus est déjà irrité; alors aussi le col, distendu par le tronc du fœtus, est bien plus froissé par l'introduction de quelques doigts qu'au début de la manœuvre par la main tout entière, car alors il est libre.

Cette méthode me paraît donc devoir l'emporter sur l'ancienne, en ce qu'elle compromet moins qu'elle,

1° La vie et les organes de l'enfant;

2° Les organes de la mère, et par suite sa vie.

Huit années d'expérience n'ayant fait que m'affermir dans cette croyance, j'ai pensé que publier cette méthode serait rendre un service à mes confrères.

Si vous en jugez de même, Monsieur le Rédacteur, veuillez, je vous prie, l'insérer dans votre excellent journal.

P. S. Deleurye avait déjà conseillé l'extraction du second bras lorsqu'il y en avait un de sorti, mais c'était pour dégager le col utérin. En effet, les tractions opérées sur le deuxième bras font remonter l'épaule engagée en imprimant au tronc un mouvement de rotation.

(*Journ. des Conn. médico-chir.*, novemb.)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

110. *Mémoire sur les étranglements herniaires. Des pseudo-étranglements, ou de l'inflammation simple dans les hernies;* par J. F. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

(Lu à l'Académie des sciences le 14 septembre 1841.)

Il y a dix-huit mois environ que, dans un travail historique et critique, ayant recherché avec soin l'origine des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies, j'étais arrivé à cette conclusion fort inattendue, que toutes ces doctrines étaient encore à l'état d'hypothèses, et ne reposaient sur aucun fondement réel. Cela parut une témérité grande; et, bien qu'après dix-huit mois de recherches, ma conclusion subsiste encore dans toute sa force, elle excite toujours quelque méfiance, et, si j'osais ainsi dire, elle fait peur à beaucoup de chirurgiens. Aujourd'hui donc que poursuivant mon œuvre commencée, je viens reprendre une de ces doctrines les plus généralement admises, montrer que non-seulement elle ne s'appuie point sur les faits, mais bien plus, qu'elle est contraire à tous les faits; que certains états des hernies que l'on a confondus avec l'étranglement, sont tout à fait distincts de l'étranglement, et, pour tout dire en un mot, que l'on a trop souvent pratiqué sur des indications illusoires l'une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie; j'éprouve avant tout le besoin, pour préparer et justifier en quelque sorte ce nouveau travail, de fixer en peu de mots l'état de la chirurgie actuelle.

Depuis la résurrection des sciences en Occident, trois grands dogmes philosophiques ont successivement régné dans les écoles; d'abord le dogme catholique ou la foi dans l'autorité, qui s'exerça dans le moyen âge au profit des Arabes, et dans le seizième siècle au profit des anciens; secondement le dogme cartésien ou la foi dans la raison pure, qui domina le dix-huitième siècle; troisièmement le dogme de Bacon ou la foi dans l'expérience, souvent invoqué, rarement accepté dans toute sa rigueur, et qui paraît enfin depuis peu prendre une plus grande place dans les recherches médicales. Or, dans les réformes successives par lesquelles a passé nécessairement la science, il est remarquable que la médecine a toujours pris les devants, et que la chirurgie n'a guère opéré ses révolutions qu'en deuxième ordre; que les médecins, grâce sans doute au bienfait d'une éducation plus complète, ont toujours décidé le mouvement et que les chirurgiens n'ont fait que les suivre. A notre époque même où des études préliminaires toutes semblables amènent sur les mêmes bancs les futurs docteurs en chirurgie ou en médecine, la pathologie interne a gardé l'avantage qu'elle avait sur l'autre, et lui montre encore le chemin. Un exemple frappant fera mieux voir ce que je veux dire, en même temps qu'il nous

ramènera de ces hautes considérations à notre sujet spécial.

Au commencement de ce siècle, deux hommes d'un grand talent se chargèrent de résumer, et pour la médecine et pour la chirurgie, ce qui était resté de plus positif des travaux, des essais, des conquêtes scientifiques du siècle précédent ; et l'Ecole de Paris vit paraître presque en même temps le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer et la *Nosographie* de Pinel, deux ouvrages écrits dans le même esprit, avec la même plénitude de sens et de savoir ; acceptés tous deux, et ils le méritaient alors, comme les oracles de la science. Mais depuis qu'est-il arrivé? L'observation plus rigoureuse a réduit à leur juste valeur les entités pathologiques de Pinel avec le cortége de symptômes fantastiques dont il les avait entourées, tandis que Boyer a gardé tout son prestige, et, sauf quelques faits de détail qui constituent des acquisitions plus modernes, est resté jusqu'ici l'Evangile des chirurgiens. Serait-il donc vrai que cette fois la chirurgie avait l'avantage, qu'elle avait acquis des principes plus sûrs et mieux fondés que la médecine sa rivale, et que marchant dans la même voie, soumise aux mêmes influences philosophiques et politiques, elle était arrivée la première à des résultats si différents? Il faut bien le reconnaître : pour ceux qui ont sérieusement envisagé l'histoire de notre art, ce serait là un phénomène inexplicable. Mais en réalité rien n'a été changé à la marche ordinaire des choses; Boyer aura vécu plus longtemps que Pinel, comme Guy de Chauliac a vécu plus longtemps qu'Avicenne, et A. Paré plus longtemps que Fernel. C'est que la chirurgie, cette fois encore, a été plus lente à faire sa réforme ; c'est qu'à l'heure qu'il est les chirurgiens n'ont pas encore voulu s'apercevoir que les deux nosologies, filles du XVIIIe siècle, portent autant l'une que l'autre la fatale empreinte de leur origine, et, pour dire enfin ma pensée tout entière, qu'il y a dans cette chirurgie de Boyer, qui est la nôtre, des entités pathologiques aussi légèrement admises et des groupes de symptômes aussi fantastiques que ceux de Pinel.

Voilà ce que je tenais d'abord à établir, afin que désormais le champ reste libre aux investigateurs modernes, afin que leur marche ne soit plus entravée par d'opiniâtres préjugés d'école ; afin qu'à l'avenir, en chirurgie comme dans toutes les autres sciences, il n'y ait qu'un seul juge pour tous, l'expérience.

Reprenons, par exemple, au sujet de l'étranglement, la doctrine et la pratique de Boyer, qu'il faut bien que j'attaque ici, puisque le but de ce mémoire est d'y substituer une doctrine et une pratique toutes différentes.

« L'étranglement consiste dans l'interception complète ou presque complète du cours des matières. interception qui résulte de l'impossibilité de réduire la hernie, et qui provoque des accidents graves. »

Je remarquerai d'abord que la définition est fausse au point de vue de Boyer lui-même, puisqu'elle laisse en dehors l'étranglement des hernies épiploïques.

Il n'y a, suivant Boyer, que deux variétés d'étranglement, avec inflammation et avec engouement.

Je laisserai de côté l'étranglement dit *inflammatoire*, sur lequel je me propose de revenir dans un autre travail, pour m'en tenir à l'engouement. Celui-ci est occasionné par l'accumulation d'excréments plus ou moins durcis dans la hernie. « Les matières fécales, dit Boyer, s'amassent d'autant plus facilement dans l'anse intestinale déplacée, qu'elle n'est plus soutenue dans son action par la pression alternative du diaphragme et des muscles abdominaux ; les excréments ne trouvent pas autant de résistance pour y pénétrer que pour en sortir. Aussi remarque-t-on habituellement dans les hernies anciennes, qu'il y a presque toujours accumulation d'excréments dans la hernie. »

Tout cela est fort spécieux en théorie; tout cela est en contradiction avec les faits. J'ai observé sur le vivant plus de trois mille hernies ; j'en ai recueilli plusieurs centaines d'observations ; j'ai fait à l'hospice de Bicêtre un très-grand nombre d'autopsies; et j'écraserais la patience du lecteur si je voulais rapporter ici toutes les observations contraires à celles de Boyer. J'en choisirai au moins quelques unes parmi les cas les plus excentriques et les plus concluants.

Obs. I — *Hernie de soixante-deux centimètres de circonférence ; digestions faciles ; nulle accumulation d'excréments dans la hernie.* — Pierre, âgé de 42 ans, entré il y a quatorze ans à Bicêtre, porte une hernie inguinale droite de soixante-deux centimètres (près de deux pieds) de circonférence, et de vingt huit centimètres de hauteur ; il ne peut dire de quelle époque elle date, mais il n'a jamais porté bandage. La verge est tellement englobée dans la tumeur, que le gland est caché à près de six centimètres en arrière de l'orifice du prépuce ; la dilatation s'est faite à la fois aux dépens de la peau de la verge, du scrotum et de la région inguinale. Le pédicule de la hernie, y compris celui du scrotum, offre quarante-quatre centimètres de circonférence. Toute cette masse énorme rend un son clair à la percussion, et c'est à peine si tout à fait au bas on peut distinguer le testicule. Le ventre a la forme ordinaire ; mais toute la moitié droite ne donne qu'un son mat, ce qui semble indiquer que le foie a été attiré jusque près de l'anneau. Cet homme jouit d'une santé robuste ; la poitrine est large, les muscles bien dessinés. Il a un appétit énorme, et peut manger jusqu'à quatre rations. Nous lui avons fait déglutir devant nous son déjeuner ordinaire, qui se compose de trois litres de potage. Immédiatement après, la tumeur mesurée n'a plus donné que soixante centimètres de circonférence et vingt-six de hauteur, comme si l'estomac, en se remplissant, avait réattiré dans le ventre quelque portion des intestins herniés. Jamais cet homme ne ressent de douleurs dans sa hernie ; les selles sont libres ; et depuis quatorze ans qu'il est à Bicêtre, il n'est monté qu'une seule fois à l'infirmerie, pour une simple indigestion. J'omettais de dire qu'après son copieux déjeuner, la tumeur gardait encore partout sa sonorité.

Je pourrais citer encore l'observation d'un autre malade, Pierre Jourdois, âgé de 69 ans, d'un em-

bonpoint énorme ; à 45 ans il pesait 296 livres. Il porte depuis une trentaine d'années une hernie inguinale droite de 64 centimètres de circonférence, 24 de hauteur, la verge perdue dans la tumeur; mais ici, chose curieuse, on retrouve la peau du scrotum plissée, avec aussi peu d'étendue que dans l'état normal; les téguments de la hernie ont été fournis par la peau de la verge et du mont de Vénus, reconnaissable aux poils qui se voient à de grands intervalles à sa surface. La digestion se fait à merveille, hors que le malade ne peut supporter les légumes secs, qui lui donnent des vents et des coliques.

J'y joindrais une troisième observation d'un nommé Daire, âgé de 63 ans, dont la hernie a 56 centimètres de circonférence, qui va à la selle tous les jours dans les temps secs, et tous les trois ou cinq jours seulement dans les temps humides; la peau du scrotum se comporte sur sa tumeur comme dans le cas précédent. J'ai actuellement dans mes salles une hernie presque du même volume, le foie hypertrophié et faisant sallie au dessus de l'anneau inguinal; il n'y a dans tous ces cas d'accumulation d'excréments d'aucune sorte ; et si après un repas copieux la hernie se gonfle et devient dure, elle résonne alors comme un tambour.

Mais les cas de ce genre sont si peu rares pour qui se donne la peine de les chercher, que j'aime mieux passer à des faits d'un autre ordre, les autopsies, d'autant plus que quelquefois sur le vivant une notable partie des tumeurs herniaires rendent un son mat, et pourraient ainsi donner lieu de prétendre qu'il y a accumulation d'excréments.

Obs. II. — *Hernie volumineuse examinée à l'autopsie ; nulle accumulation de matières.* — Le nommé Sécrétin fut apporté à l'amphithéâtre, venant des salles de médecine, le 29 avril 1841. Il portait, du côté droit, une hernie inguinale volumineuse, avec une autre plus petite à droite. Après l'incision de la peau sur la hernie gauche, on opère facilement avec le doigt l'énucléation de la hernie et du testicule qui pend au dessous; et l'enveloppe qui leur est commune paraît continue vers l'anneau avec l'aponévrose du grand oblique; au dessous d'elle se trouve une deuxième enveloppe facile à en séparer vers le haut, où elle se continue avec le fascia transversalis, mais parfaitement adhérente à la première vers le fond du sac herniaire. Pas d'autre couche, et pas de trace de crémaster. Le cordon longe la face postérieure de la hernie dans les mailles de la deuxième enveloppe. Les deux anneaux, convertis en un seul, permettent l'introduction des trois doigts placés parallèlement; le sac herniaire, fort élargi au dessous, offre dans son fond un épaississement notable de la séreuse, avec des élévations en forme de brides blanchâtres, tout à fait analogues aux cicatrices des grandes brûlures. Il contenait une anse considérable d'intestin grêle, distante de soixante centimètres du cœcum, et tout aussi vide que les portions restées dans le ventre.

La hernie droite offrait aussi une entrée large et un fond épais et comme cicatrisé. Il y avait une anse d'intestin grêle, vide, et une portion d'épiploon qui adhérait à l'orifice du sac.

L'autopsie suivante présente quelques détails de plus.

Obs. III. — *Hernie volumineuse contenant quatre-vingt-dix-sept centimètres d'intestin grêle ; nulle accumulation de matières.* — Un vieillard, nommé Pierrot, fut apporté à l'amphithéâtre de l'une des salles de médecine le 25 avril 1840. Nous ne pûmes avoir aucun renseignement commémoratif; mais il portait dans la moitié gauche du scrotum une hernie du volume des deux poings, qui attira notre attention. En la disséquant avec quelque soin, nous la trouvâmes enveloppée de quatre enveloppes denses et bien distinctes ; la première paraissant constituée par le fascia superficialis ; la deuxième par le dartos réuni à l'expansion fibreuse du grand oblique ; la troisième fournie par le tissu cellulaire du petit oblique ; il fut impossible d'y trouver des vestiges du crémaster ; la quatrième enfin par le fascia transversalis. Toutes ces enveloppes étaient parcourues, à leur face postérieure, par des vaisseaux d'un calibre assez notable, dirigés de haut en bas. Le muscle transverse se trouvait à quelque distance au dessus de l'anneau, et n'avait aucun rapport direct avec la hernie.

Le péritoine étant ouvert au dessus de la tumeur, nous retirâmes de celle-ci environ quatre-vingt-dix-sept centimètres (trois pieds) de l'intestin grêle, comprenant toute sa partie inférieure, jusqu'à huit centimètres du cœcum. Il n'y avait point d'épiploon, et point d'hadhérences. La hernie occupait la tunique vaginale, et reposait sur le testicule qui était déformé et atrophié. Le fond du sac était dense et solide, offrant, à sa face séreuse, comme des brides et des cicatrices blanches, épaisses, d'un tissu blanc et quasi cartilagineux. Le canal inguinal avait disparu, les deux orifices s'étaient confondus. L'anneau externe était excessivement dilaté, et semblait même avoir été entraîné en bas en façon d'entonnoir sur la tumeur. Le collet du sac n'offrait ni épaississement, ni rétrécissement d'aucune sorte; sa circonférence, exactement mesurée au point le plus étroit, donnait dix-huit centimètres un quart, tandis qu'un ruban, embrassant sans la serrer la portion d'intestin qui traversait ce collet, n'arrivait qu'à quatorze centimètres. Enfin l'intestin ne contenait que des matières molles, et aussi rares que dans les portions restées dans l'abdomen.

Qu'il me soit permis à cette occasion de signaler une étrange inadvertance de nos théoriciens. L'engouement provient surtout de l'accumulation d'excréments durcis ; et précisément l'immense majorité des hernies, petites ou grosses, est constituée par l'intestin grêle, où il n'y a pas d'abord d'excréments, comme chacun sait, et surtout où il n'y a jamais de matières dures. Ils ont été trompés par la dureté de certaines hernies irréductibles; et j'ai vu commettre cette erreur, que l'application du plessimètre de M. Piorry aurait pu leur épargner; mais ils étaient trompés surtout par la doctrine traditionnelle reçue de confiance, et transmise sans examen.

Mais enfin si le gros intestin était engagé dans la hernie, ne s'y ferait-il pas du moins cette accumulation d'excréments jusqu'ici inadmissible ? Rien de si naturel au premier abord ; cependant, depuis

deux ans que je feuillette tout ce que je puis avoir de livres et de mémoires publiés sur les hernies, je n'en ai rencontré qu'un seul exemple, rapporté par M. Goyrand dans la Presse médicale. Dans ma pratique et dans mon hôpital, je n'ai pas été plus heureux, bien que j'aie eu quelquefois affaire à des hernies du gros intestin. Voici même une autopsie qui a fourni un résultat assez singulier :

Obs. IV. — *Hernie énorme contenant des anses du petit et du gros intestin ; nulle accumulation de matières.* — Nicolas Morizet, vieillard sexagénaire, entra dans mes salles pour deux hernies inguinales irréductibles, qui avaient envahi la peau de la verge, et dont les téguments étaient excoriés par l'urine. Ces excoriations furent facilement guéries par les lotions d'eau blanche; mais le sujet succomba, le 14 octobre 1840, à une affection de poitrine.

La hernie gauche était de beaucoup la plus considérable. Elle avait, à partir de l'anneau jusqu'au fond du scrotum, trente centimètres de hauteur, d'où il fallait déduire la part du testicule ; sa circonférence allait à quarante-six centimètres.

Après avoir divisé avec beaucoup de précaution la peau et les couches sous-cutanées, qui offraient au bas du scrotum presque un centimètre d'épaisseur, il fut facile de les séparer par énucléation, et de mettre ainsi à nu le testicule et la hernie dans une enveloppe commune qui se rattachait au contour de l'anneau inguinal. Cette enveloppe se divisait en deux feuillets vers la partie postérieure et inférieure, mais non pas plus loin. Au-dessous d'elle s'en trouvait une autre, plus mince, qui semblait se continuer par en haut avec le fascia transversalis; entre elles aucune apparence du crémaster; et en les mettant à contre-jour on n'apercevait que des filaments dirigés en divers sens, principalement selon le grand axe de la tumeur, ne formant point d'anses, et dont la plupart au moins étaient manifestement des vaisseaux. Au-dessous de la deuxième enveloppe était le sac séreux, qui s'énucléa avec la plus grande facilité, laissant attaché aux enveloppes externes le cordon et le testicule. Le cordon descendait à la face postérieure de la hernie.

Mais en arrière du sac, au-dessus du niveau du testicule, se voyait une tumeur dure, qu'on aurait prise pour un deuxième testicule. Cette tumeur ouverte, on tomba dans une poche séreuse fort irrégulière, dont les parois semblaient formées par des laciniures d'épiploon dégénéré. Et en effet, en suivant cette poche vers le haut, on la vit se rétrécir en un canal long d'un centimètre, étroit de six à sept millimètres, et traversée par une bandelette épiploïque qui venait du grand sac herniaire. Cet étroit canal était encore rétréci par intervalles par cinq brides transversales, réunies toutes ensemble aux deux bouts du diamètre du canal par des cicatrices longitudinales et presque cartilagineuses, occupant la paroi séreuse du canal.

Le grand sac enfin ouvert était mince, transparent, humecté par un liquide séreux un peu plus filant que de coutume, et analogue à la synovie. Il renfermait une anse d'intestin grêle, qui fut mesurée plus tard, et offrait une longueur de quatre-vingt-seize centimètres ; plus en avant une anse à peine complète du gros intestin, ne contenant presque que des gaz, sans un seul crotin ; tandis que le bout supérieur et le bout supérieur (? *Réd.*) de cette anse, arrêtés derrière l'anneau, contenaient des crotins en abondance; enfin, au côté interne et postérieur, était une bride d'épiploon qui gagnait directement le canal rétréci et le sac supplémentaire. La hernie était oblique, c'est-à-dire, qu'on trouva l'artère épigastrique à son côté interne; mais les deux anneaux n'en faisaient qu'un depuis longtemps ; et avant de rien retirer du sac herniaire, je fis voir que l'anneau admettait facilement quatre doigts de front en sus des viscères qui le traversaient.

La hernie droite n'avait que huit centimètres en hauteur ; le fond du sac était dur, coriace, semé de taches noires et d'inégalités, sur lesquelles l'ongle en passant produisait un craquement très-clair ; il contenait une anse de gros intestin de vingt centimètres de longueur ; et, dans une portion aussi considérable, nous ne trouvâmes qu'un crotin unique du volume d'un œuf de pigeon. La hernie passait ici en dedans de l'artère épigastrique ; l'anneau était également très-large.

Un mot maintenant sur la nature des intestins herniés. L'intestin grêle de la hernie gauche appartenait à l'iléon, et ne laissait dans l'abdomen que huit centimètres de cet intestin jusqu'à la valvule iléocœcale. Je mesurai la longueur d'intestin grêle restée dans le ventre ; elle offrait trois mètres quatre-vingts centimètres, d'où l'on voit que le quart de cet intestin était descendu dans la hernie. Dans celle du côté droit était le colon ascendant et le cœcum jusqu'à trois centimètres de sa valvule : de telle sorte que si la hernie avait grossi, très-probablement elle eût attiré le cœcum tout entier et l'iléon à sa suite, en l'enlevant à la hernie du côté opposé. Nous avons là pour ainsi dire saisi sur le fait le mécanisme de ce phénomène si curieux des hernies doubles, où l'on voit quelquefois la première hernie diminuer à mesure que la seconde se forme ; phénomène dont l'explication était restée tout hypothétique.

Le gros intestin hernié à gauche appartenait à l'S iliaque.

Il serait fastidieux, je pense, d'accumuler les observations sur ce point; ainsi l'étude du vivant et l'étude du cadavre sont d'accord pour montrer que cette accumulation des excréments dans les grosses hernies, si fréquente suivant Boyer, est nulle quand la hernie est formée d'intestins grêles, et ne se rencontre même que par exception quand elle renferme des gros intestins. Cela était important à démontrer, parce que c'est de ses prémisses que Boyer va fare découler toute la question pathologique.

« Cet amas de matières, poursuit-il, lorsqu'il est médiocre, que l'ouverture herniaire et le col du sac ont une grande largeur, produit seulement quelques coliques et des borborygmes fréquents. Mais quand il est considérable, et que la tumeur est circonscrite à sa base dans une ouverture de peu d'étendue, alors il en résulte un étranglement ou l'interruption complète du cours des matières.

Tout cela, j'ai regret de le dire, est ingénieuse-

ment arrangé, mais n'est pas mieux fondé que le reste. D'ailleurs Boyer lui-même va se contredire un peu plus loin.

« L'étranglement par engouement survient dans les hernies anciennes, volumineuses, qui ne rentrent jamais ou qui rentrent le soir lorsque les malades se couchent, et sortent le matin quand ils se lèvent, et dans lesquelles, par conséquent, l'ouverture qui donne issue aux parties a acquis par degrés une dilatation considérable. »

Tout à l'heure il réclamait pour cela *une ouverture de peu d'étendue ;* maintenant il lui en faut une à *dilatation considérable*. Tout à l'heure l'ouverture large ne donnait lieu qu'à quelques coliques et des borborygmes ; à présent elle produit l'étranglement. Mais c'est trop nous arrêter sur des bagatelles. Passons aux symptômes.

« Les symptômes de cette espèce d'étranglement se montrent toujours avec lenteur. »

Vous l'entendez, *toujours ;* il n'y a pas à s'y méprendre. Mais un peu plus loin il confesse que c'est là seulement *sa marche ordinaire ;* que quelquefois l'inflammation survenant, il se développe des accidents *aussi vifs et aussi pressants* que dans l'étranglement inflammatoire. Donc ce qui devait arriver toujours n'arrive plus qu'*ordinairement ;* et le praticien demeure fort embarrassé, d'autant plus embarrassé que l'étranglement inflammatoire, qui a d'ordinaire aussi des accidents *si vifs* et *si pressants*, d'autres fois au contraire a *si peu d'intensité et une marche si lente*, qu'il *ne devient funeste qu'au bout de six ou huit jours, et quelquefois plus tard encore*. En conséquence, nous avons des étranglements par engouement qui seront aussi aigus que les étranglements inflammatoires, et des étranglements inflammatoires aussi lents que de simples engouements.

La pathologie ainsi posée, vous pouvez deviner la thérapeutique. Dans l'un et l'autre étranglement on essaie d'abord le taxis, la saignée, les bains, etc., selon le plus ou moins d'urgence des symptômes ; mais dès que les symptômes augmentent, il faut passer à l'opération. Bien plus, et je copie encore cette fois le texte :

« Dans les sujets avancés en âge et d'une grande faiblesse, l'opération doit être pratiquée dans les trois ou quatre premiers jours des accidents, *quoiqu'ils n'augmentent pas, et que la nature de l'étranglement permette du délai.* »

J'ai déjà trouvé dans le livre de Boyer un autre exemple d'un précepte des plus dangereux, celui du trépan recommandé même quand les indications manquent ; mais celui-ci peut passer au moins pour aussi meurtrier. Et que l'on ne m'accuse pas de donner à l'expression trop d'énergie ; car j'ai obéi à ce précepte, et je sais ce qui en est résulté. J'y ai obéi, et comment ? C'est que j'avais sous les yeux et dans l'esprit cette autre assertion du maître :

« L'opération de la hernie n'est pas dangereuse par elle-même, et elle réussit presque toujours quand on la pratique avant que les parties soient affectées d'inflammation ; et lorsque l'issue en est malheureuse, la mort du malade doit être attribuée à l'inflammation et à la gangrène de l'intestin, plutôt qu'à l'opération. »

Certes, il faut bien que la mort de l'opéré soit attribuée à quelque chose ; mais n'est-il pas effrayant de lire dans un ouvrage qui sert encore de guide aux chirurgiens, que l'opération de la hernie n'est pas dangereuse par elle-même, quand en réalité elle est plus funeste que l'opération de la taille ?

Je ne veux point, d'ailleurs, laisser à Boyer tout seul la responsabilité de cette assertion ; il l'avait reçue et acceptée toute faite. Dès le dix-huitième siècle, Pott affirmait que sur cinquante opérés, on n'en perdait pas un quand on opérait habilement et à propos (1) ; et un contemporain de Boyer, Pelletan, rendait parfaitement compte de l'innocuité de l'opération : qu'est-ce autre chose en effet, sinon *une plaie aux téguments, l'ouverture d'un sac membraneux, et l'incision simple ou multiple d'une aponévrose ou d'une corde tendineuse ?* Et comment s'imaginer, avec de tels éléments, qu'elle puisse seulement être comptée pour grave et dangereuse (2) ? Or, il faut le dire bien haut pour que les jeunes chirurgiens l'entendent, cette opération si bénigne a quelquefois compté des séries de 6, 7, 8 morts sans une seule guérison. Et si l'on veut savoir quelles sont les véritables chances dans les hôpitaux de Paris, entre les mains des disciples de Boyer, je dirai que sur 183 opérations pratiquées dans un espace d'environ cinq années, de 1836 à 1841, par mes collègues et par moi-même, il y a eu 114 morts, et que, notamment sur les sujets de 50 à 80 ans, 97 opérés ont donné 70 morts, c'est-à-dire, près des trois quarts.

Certes dans ce vaste martyrologe, j'aurais pu facilement emprunter à d'autres des exemples funestes du danger de la doctrine de Boyer ; mais pourquoi cacherai-je mes propres insuccès et mes propres fautes ? Je les proclamerai bien haut au contraire, parce qu'elles ont été un avertissement pour moi, et afin qu'elles soient un avertissement pour d'autres de ne pas procéder si hâtivement et si légèrement à une opération si redoutable.

Voici certes l'une des plus tristes histoires qu'un chirurgien soit réduit à raconter :

Obs. V. — *Hernie épiploïque avec des phénomènes d'engouement ; opération ; mort. — Point d'étranglement ; simple épiploïte.* — Etienne Vacherot, âgé de 65 ans, entra le 18 août 1837 à la Maison royale de santé, pour une hernie inguinale qu'on disait engouée depuis dix jours. Il était abattu, et ne put donner de renseignements par lui-même ; mais son fils, qui l'accompagnait, déclara que son père portait cette hernie depuis 15 ans ; qu'il la contenait habituellement par un bandage qu'il ôtait la nuit ; que depuis 10 jours, ayant quitté son bandage, il avait éprouvé des douleurs dans l'abdomen ; que le docteur C..., appelé seulement la veille, avait trouvé la hernie engouée, irréductible, et avait voulu, avant de rien tenter, appeler en consultation M. Marjolin ; mais la famille avait préféré conduire le malade à la Maison de santé.

Le côté droit du scrotum était rempli par une

(1) Œuvres de Pott, trad. française, t. I, p. 460.
(2) Pelletan, t. III, p. 48.

tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, piriforme, remontant à travers l'anneau et le canal inguinal, indolente, irréductible ; mais il y avait dans l'abdomen quelques douleurs augmentant à la pression ; le ventre était légèrement ballonné, la langue sèche et blanche, la face rétractée et exprimant l'angoisse; le pouls souple et régulier, la peau moite et sans trop de chaleur.

L'interne de garde laissa le malade reposer une demi-heure, après quoi il le soumit à un taxis prolongé durant sept quarts d'heure. La tumeur semblait parfois légèrement rentrer, mais au total le résultat fut infructueux.

Le 19 août au matin, je le vis pour la première fois; il avait eu deux petites selles liquides et plusieurs vomituritions d'un liquide jaune verdâtre. La tumeur étant toujours indolente, je repris le taxis ; je le prolongeai, à l'aide de mes élèves, durant quatre heures, et les douleurs du ventre devenant plus fortes, l'affraissement plus considérable, je procédai à l'opération à une heure et dimie après midi.

L'opération fut laborieuse. Après les premières couches enlevées, lorsque je pensais être près du sac, de nouvelles couches, entremêlées du tissu adipeux, se présentaient toujours. Nous allions avec circonspection ; quand le bistouri fut arrivé à une profondeur telle qu'il fallut bien imaginer des adhérences de l'épiploon avec le sac, nous craignions encore de trouver quelque pli d'intestin par derrière ; et enfin au centre de la tumeur, nous arrivâmes dans une cavité séreuse et contenant une petite quantité d'un liquide roussâtre. Mais il n'y avait pas d'intestin; bien plus, cette cavité était fermée de toutes parts ; nous avions affaire à une tumeur purement graisseuse, que nous enlevâmes au niveau de l'anneau, abandonnant son pédicule qui remplissait encore le canal.

Trois artérioles liées et la plaie pansée à plat, on reporta le malade dans son lit, et pour relever ses forces, je prescrivis une potion avec la teinture de quinquina et un peu de laudanum.

L'affaissement fit de rapides progrès ; le râle commença à l'approche de la nuit, et le malade mourut à 6 heures du matin.

L'autopsie fut faite le 21 à 7 heures du matin ; mais d'après les désirs des parents, nous ne pûmes ouvrir que l'abdomen. La cavité du péritoine contenait une assez grande quantité de sérosité citrine, accumulée surtout dans le petit bassin. Tous les intestins étaient distendus par des gaz, et leur surface péritonéale présentait çà et là des arborisations très-prononcées, principalement au côté droit du ventre. L'épiploon, peu étendu, irrégulièrement chargé de graisse, adhérait intimement à la paroi abdominale, vers la région inguinale droite, où conséquemment le péritoine avait disparu ; se prolongeait en bas à travers le canal inguinal, et venait constituer une portion de la hernie scrotale. Une deuxième portion semblait provenir d'une masse de tissu adipeux accumulé dans l'hypogastre jusqu'à un pouce au-dessous de l'ombilic, confondu aussi en partie avec l'épiploon ; et enfin la partie externe de la tumeur provenait, comme d'une troisième racine, de la graisse accumulée dans la fosse iliaque et autour du cœcum ; en sorte que c'était à la fois une hernie graisseuse et une hernie épiploïque. La tumeur formée de ces diverses origines, et disséquée après l'opération, pesait six onces un gros, y compris le testicule enlevé avec elle, mais qui n'ajoutait pas beaucoup à son poids. Elle semblait formée de plusieurs couches ; d'abord à l'extérieur une couche celluleuse renfermant dans ses mailles une assez grande quantité de sang épanché, conséquence probable du taxis; puis une deuxième couche dure, jaunâtre, comme élastique, variable en épaisseur, transparente en certains points, opaque en d'autres, ne ressemblant pas mal à de la lymphe coagulée. Enfin au-dessous se voyaient des couches de tissu cellulo-adipeux entrelacées entre elles sans aucun ordre, traversées aussi par des fibres d'apparence charnue, et pas un assez grand nombre de veines volumineuses. On ne put trouver de traces de l'artère spermatique dans la tumeur même ni en dehors.

La section faite sur le pédicule avait remonté au niveau de l'anneau abdominal ; nous trouvâmes que le bistouri avait mis à nu en ce point le cul-de-sac du cœcum, qui était d'un rouge sombre, et qui paraissait même avoir été légèrement rasé par l'instrument dans sa couche la plus externe.

Dans la fossette crurale du même côté s'enfonçait un sac péritonéal vide, conique, à large orifice. De même dans la fossette crurale gauche, où le sac s'enfonçait à un pouce un quart environ ; mais celui-ci retenait une des franges graisseuses de l'S iliaque, soudée au fond par des adhérences solides. Enfin du même côté se voyait un sac d'un pouce et demi de profondeur, vide, pénétrant dans le canal inguinal entre l'artère ombilicale et l'artère épigastrique.

Tout cela ne nous donnait pas l'explication des phénomènes observés. Nous la trouvâmes dans l'épiploon qui se rendait à la tumeur. La portion la plus externe de cet épiploon, celle qui se confondait avec la graisse de la fosse iliaque, contenait une multitude de petits foyers purulents ; on en trouva deux autres dans la portion interne, confondue avec la graisse hypogastrique.

Il s'agit donc là d'une hernie épiploïque fort ancienne, dès-longtemps confondue avec des hernies graisseuses qui, comme elle, avaient enfilé le canal inguinal ; car l'artère épigastrique était au côté interne du pédicule. Cette hernie n'avait jamais été contenue ; nous avions été induits dans une erreur inévitable par les récits du fils de l'opéré ; mais ce point de départ donné, nous avions été entraîné par la doctrine en vigueur à pratiquer une opération fâcheuse, pour un étranglement qui n'existait pas ; et les symptômes n'étaient autres que ceux d'une inflammation de l'épiploon intérieur, légèrement propagée au péritoine. Et en définitive, tous les antécédents qui se trouvèrent menteurs eussent-ils été parfaitement véridiques, il n'eût pas encore fallu tenter l'opération ; elle aurait toujours été irrationnelle.

Il ne serait pas difficile d'accumuler les observations de ce genre, c'est-à-dire, dans lesquelles les chirurgiens, entraînés par une doctrine funeste, se sont hâtés de faire une opération que rien ne récla-

mait, et ont ainsi le plus souvent déterminé la mort du malade. Je dis que ces observations ne sont pas rares; car tandis que pour d'autres affections on se tait volontiers sur ses revers, ici, par un contraste étrange, les observateurs ont été moins réservés, soit qu'ils aient attribué à la difficulté des cas une erreur dont ils ne se jugeaient point coupables, soit qu'ils aient même trouvé le secret, en face du cadavre, de se glorifier de la conduite qu'ils avaient tenue.

Un homme de 50 ans entre à l'hôpital St-Barthélemi, pour une tumeur du scrotum. Il raconte qu'il avait depuis plusieurs années une hernie que les hommes de l'art avaient jugée épiploïque; il avait d'abord porté un bandage assez mauvais qu'il avait abandonné ensuite, et la veille de son entrée, il avait reçu dans l'aine un coup de pied de cheval qui avait amené dans la hernie de la tuméfaction et de la douleur. M. Nourse prescrit une saignée, un lavement, un cataplasme.

Le lendemain, le gonflement était le même; le malade n'avait point été à la selle. On ordonne un purgatif, qui est rejeté par le vomissement, et le soir un nouveau lavement.

Le 3e jour, on soupçonne, attendu la constipation, que l'intestin fait partie de la hernie. On ressaigne le malade, on lui redonne un purgatif, qui n'a d'autre effet que d'amener deux ou trois vomissements vers le soir.

Le 4e jour, la constipation persistant, on procède à l'opération. Le sac était épais et dur; il n'y avait point d'intestin, mais seulement une portion d'épiploon parfaitement sain, avec une petite quantité d'eau sanguinolente. Le reste importe assez peu; Nourse, aidé de Percival Pott, coupa et lia l'épiploon; le malade mourut le cinquième jour avec son épiploon gangréné; et toutes les réflexions que ce cas déplorable inspire à Pott, c'est qu'il ignore comment cet épiploon hernié put produire la constipation; seulement il est certain, ajoute-t-il, qu'il était sain lors de l'opération, et qu'il fut trouvé gangréné après la mort (1).

Un homme de 54 ans portait depuis longtemps une hernie inguinale, devenue irréductible depuis deux années, et pour laquelle il ne faisait usage d'aucun brayer. Le 29 novembre, dans un bain, la tumeur augmente de volume. Le 1er décembre, il est apporté à l'Hôtel-Dieu; la hernie, très-volumineuse, offre près de 15 pouces de circonférence, et 9 à 10 pouces de l'anneau jusqu'au bas du scrotum; elle est rouge, dure, rénitente, surtout à l'endroit de l'anneau, accompagnée de douleurs, de hoquets, et de tension de l'abdomen. On hésite entre un étranglement et une péritonite; en conséquence, on applique 36 sangsues sur la tumeur; on prescrit ensuite un bain d'une demi-heure, et un cataplasme. Le lendemain la tumeur paraît diminuée; le malade est calme; les hoquets n'ont lieu que par intervalles; pas de vomissements, seulement le pouls est petit et misérable. On recouvre la tumeur de glace pilée.

Le soir, n'ayant pu parvenir à faire rentrer la hernie, on procède à l'opération. Le sac entamé laisse écouler un liquide séro-purulent très-abondant; le doigt, porté dans la plaie, ne rencontre pas d'étranglement; le malade expira une demi-heure ou une heure après.

Le fait est rapporté dans un mémoire publié sous la dictée de Dupuytren lui-même, et je remarquerai que la date précise de l'observation et le nom du chirurgien y sont omis. Il est donné d'ailleurs comme un exemple de péritonite générale, simulant l'étranglement; et comme l'autopsie n'a point été faite, l'unique preuve de cette péritonite résulte de l'écoulement du liquide contenu dans le sac herniaire. Or, si jamais inflammation du sac herniaire fut franchement accusée, c'est dans ce cas, et j'en rapporterai plus loin un exemple tout à fait semblable avec le complément de l'autopsie. Mais qui obligeait donc le chirurgien à faire une si grave opération sur un sujet à l'agonie? N'accusons pas ici le manque d'habileté; car il est trop probable que ce chirurgien était Dupuytren lui-même: et d'ailleurs nous allons le voir se nommer dans une autre circonstance plus déplorable encore au point de vue scientifique, mais où du moins, par bonheur, le malade fut sauvé.

Le 27 septembre 1814 fut apporté à l'Hôtel-Dieu un homme dans un état presque désespéré; les extrémites froides, le visage décoloré, le pouls extrêmement petit, à peine perceptible, le ventre tendu, douloureux, surtout à la partie inférieure; hoquets, constipation, vomissements de matières inodores; et pour tout renseignement, le malade dit qu'il porte depuis longtemps deux hernies inguinales, qui sont devenues douloureuses depuis quelque temps. Dupuytren, incertain du diagnostic, prescrit une saignée et des lavements; dès le même soir une évacuation alvine très-abondante a lieu; d'autres s'opèrent pendant la nuit; les vomissements cessent, et le lendemain on trouve le pouls développé, la face rouge, le ventre souple, et l'intelligence assez nette pour que le malade puisse répondre exactement à des questions multipliées sur sa maladie. Il dit donc qu'il avait deux hernies inguinales datant de onze ans, mal contenues par un mauvais bandage; que la veille, à la suite d'un effort, elles s'étaient échappées et étaient devenues douloureuses; il avait réduit la droite, un médecin avait fait rentrer la gauche, les accidents avaient augmenté, et c'est ainsi qu'il avait été conduit à l'Hôtel-Dieu.

Dupuytren se demande: *Quel parti prendre?* Il n'y a ni vomissements ni constipation; cependant il trouve là *la plupart des symptômes de l'étranglement.* Il fait marcher le malade; la hernie gauche sort et rentre facilement. Il attend.

Le même soir, les hoquets qui avaient persisté cessent; le ventre est devenu souple, bien qu'encore sensible à la pression, surtout dans l'hypogastre et aux régions iliaques. Qui le croirait? C'est là l'instant où Dupuytren se décide à opérer, *persuadé*, dit-il, *du peu d'inconvénient de l'opération dans le cas où il se tromperait, et de ses grands avantages s'il y avait étranglement.* Il opère à droite, point d'étranglement; il opère à gauche, pas davantage; le malade guérit; et le rédacteur ajoute toute-

(1) Œuvres chir. de Pott, trad. française, t. I, p. 441.

fois qu'*il est fort douteux que les deux opérations aient concouru à cet heureux résultat* (1).

Je pourrais citer encore en exemple un fait publié depuis la mort de Dupuytren, par un de nos chirurgiens les plus distingués, et dans lequel il s'agit d'une de ces grosses hernies scrotales, datant de longues années, et n'ayant jamais été bien contenue. Un soir, la hernie devient brusquement douloureuse; des médecins appelés mettent des compresses d'eau vinaigrée sur la tumeur et tentent la réduction, mais vainement; le lendemain, le malade est transporté à l'hôpital. La hernie est tendue et très-sensible, les selles supprimées; mais d'un autre côté, ni vomissements, ni nausées, ni hoquets; seulement quelques éructions légères. On revient au taxis qui est douloureux et sans succès. Trente sangsues sur la tumeur, un bain simple. Ls soir la douleur augmente, le pouls prend de la fréquence; on répète encore inutilement le taxis. Vingt sangsues sont appliquées de nouveau; mais aussitôt après survient un délire; un lavement purgatif ne produit aucun effet; le lendemain matin, 60 heures environ après l'apparition des accidents, il n'y a encore ni hoquets, ni nausées, ni vomissements; la tumeur est dans le même état; mais le chirurgien craint que le délire ne soit dû à la violence de l'étranglement et n'en masque les symptômes; il opère, fait rentrer la hernie, et le malade meurt moins de 24 heures après.

Enfin, au moment où j'écris ces lignes, un journal m'apporte le récit d'une opération faite par un de nos collègues les plus riches d'expérience et les plus distingués par ses qualités personnelles. Un enfant de 13 ans et demi est apporté à l'hôpital avec une hernie inguinale étranglée depuis le matin. Point de vomissements, le ventre n'est pas sensible. On donne un lavement purgatif qui amène plusieurs évacuations. Néanmoins on se met en devoir de réduire la tumeur; on emploie les bains, les sangsues à deux reprises, la saignée générale, le lavement de tabac, le taxis répété six fois en 36 heures, et enfin la hernie restant irréductible, on recourt à l'opération, qui achève le malade en moins de 24 heures. La hernie était constituée par une masse épiploïque en partie gangrénée, plus par l'appendice du cœcum, que l'épiploon avait protégé et qui était simplement de couleur rosée. Evidemment, il n'y avait pas là d'étranglement; et il est bien douloureux de voir un chirurgien habile qui croit avoir à s'accuser, dans ce cas, d'avoir trop longtemps retardé l'opération. Qu'y avait-t-il donc? Hélas! comme dans ma propre observation, une hernie épiploïque un peu irritée, enflammée peut-être, et qu'il n'était que trop facile d'amener à la gangrène par les manœuvres du taxis réitéré six fois.

Ces exemples suffisent, je pense, pour montrer le danger d'une doctrine qui a pu conduire des chirurgiens si recommandables à de si déplorables erreurs.

(1) Leçons orales de Dupuytren, deuxième édit., III, p. 578 et suiv.

Il reste à présent à rechercher si ce danger ne tient pas à la nature même des choses, et s'il est possible de l'éviter. Or, je pense que dans la majeure partie des cas, on peut poser des indications nettes et précises, et qu'on trouvera ces indications dans l'étude exacte des états morbides variés que peut présenter la hernie. Bien que je ne veuille pas traiter ici dans toute son étendue cette immense question des étranglements, j'avancerai cependant, comme la conclusion la plus avancée de toutes mes recherches, qu'il y a là trois éléments principaux, dont deux primitfs et un secondaire:

1° L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation, et qui produit la gangrène en quelques heures;

2° L'inflammation pure et simple, très-commune, et qui presque toujours est limitée à la séreuse de la hernie;

3° Enfin l'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie, de l'épiploon avec son tissu adipeux, de l'intestin avec toutes ses tuniques; ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite des deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement, quand celui-ci n'est pas assez fort pour produire immédiatement la gangrène; soit par les manœuvres irrationnelles du taxis, dans les cas de simple péritonite herniaire.

Je ne veux m'occuper ici que de cette péritonite; il y a même une question que je laisserai en réserve, savoir, si la péritonite locale ne peut pas quelquefois se compliquer d'un étranglement secondaire; il me suffira d'abord de traiter de ces cas nombreux où la péritonite est simple et sans complication.

Or, cette péritonite est assurément l'accident le plus commun qui survienne dans les hernies; et c'est probablement pour n'avoir pas suffisamment étudié les hernies à l'état simple que les chirurgiens l'ont méconnue. Chose étrange, ils ont été frappés cependant des résultats qu'elle laissait après elle, et même de symptômes qu'elle développait; mais ils n'ont pas remonté à la cause, et quand elle s'est offerte à eux dans son état le plus aigu et le plus redoutable, ils l'ont confondue avec leurs variétés d'étranglements.

Cette inflammation se présente à divers degrés, que l'on peut cependant raillier à ces deux types principaux: l'inflammation adhésive, et l'inflammation suppurative.

L'inflammation adhésive est fréquemment légère, fugace, se révélant par des coliques plus ou moins vives, qui s'apaisent par le séjour au lit, par l'application de cataplasmes, par l'usage de boissons chaudes et légèrement diaphorétiques. J'ai étudié ces légères phlogoses sur un très-grand nombre de hernieux; elles n'affectent, bien entendu, que ceux dont la hernie n'est pas contenue, ou est habituellement mal contenue, ou enfin, assez bien contenue habituellement, s'échappe de temps à autre sous le bandage.

La cause la plus générale peut être est l'influence des temps humides, et je ferai voir ailleurs que les temps humides amènent le plus de hernies étranglées dans les hôpitaux. Comment expliquer cette influence? Il semble que le corps humain se laisse

pénétrer en quelque façon comme une éponge par l'humidité de l'air; nos tissus se gonflent, nous nous sentons plus lourds. Ces phénomènes sont très-marqués chez la plupart des herniaux; chez ceux mêmes qui portent un bandage, la hernie a plus de tendance à s'échapper, et tel bandage qui était efficace par un temps sec est insuffisant par les temps d'orage. Serait-ce que les intestins gonflés se trouvent plus à l'étroit dans l'abdomen, ou bien cela tiendrait-il à la suractivité de la sécrétion intestinale, qui suppléerait ainsi au ralentissement de la sécrétion cutanée? On sait qu'il n'est pas rare alors d'observer des accès de colique qui se jugent par une selle liquide. Quoi qu'il en soit, le fait existe; donc, dans ces temps, beaucoup de hernies jusque là bien contenues s'échappent, et d'autres mal contenues deviennent le siége de douleurs assez vives.

Ces mêmes phénomènes s'observent à l'approche des changements de temps; et il est certains individus chez qui la hernie est un aussi bon baromètre pour les changements de l'atmosphère que les rhumatismes chez d'autres, ou la cicatrice des moignons chez les opérés.

Une autre cause, que l'on aurait pu présumer à l'avance, consiste dans les excès de table et de boisson. Elle agit sur beaucoup de sujets, mais elle est bien moins puissante qu'on ne serait tenté de le croire. Il y a même certains individus doués d'un privilége inexplicable, qui se livrent à toutes les débauches sans en être incommodés le moins du monde, bien qu'avec des hernies qui remplissent le scrotum.

Mais ce qui est plus puissant qu'un excès dans l'alimentation, ce sont certaines variétés d'aliments, tels que la plupart des légumes, et principalement les haricots et les choux. Chez la plupart des herniaux, ces légumes déterminent une accumulation de gaz et dans l'abdomen et dans la hernie, qui produit une véritable suffocation et rend la digestion très-laborieuse; aussi rien ne convient mieux à ces sujets qu'une nourriture animale.

Et enfin, ici comme dans tout le reste de la pathologie, il y a le chapitre des causes inconnues, qui ramènent cependant les mêmes effets.

Les symptômes varient beaucoup. Quelquefois ils se bornent à des coliques sourdes, du météorisme, des éructations, un malaise physique et intellectuel, une pesanteur de ventre et une paresse de l'esprit; le tout revenant principalement après les rapas un peu copieux, et laissant fréquemment dans les intervalles le malade dans un état tout à fait normal. Il n'y a pas en quelque sorte de symptômes locaux, et les symptômes généraux ne sont pas autres que ceux d'une digestion embarrassée; de telle sorte que l'irritation de la hernie est assurément au degré le plus léger possible; et comme d'ailleurs elle est ordinairement facile à réduire, et que les symptômes disparaissent dès qu'elle est réduite et contenue, il y a lieu de demander si véritablement ils indiquent une irritation. Bien des digestions mauvaises, bien des indigestions déclarées ont lieu chez des individus sans hernie, et jamais on n'a songé à les attribuer à une irritation locale du péritoine; de telle sorte que dans les cas de hernie ce serait peut-être trop s'avancer que de reconnaître cette cause spéciale. Je ne me suis point dissimulé ces difficultés, et je les expose sans chercher à en affaiblir la force; je dirai plus, pendant longtemps j'ai regardé ce malaise comme le résultat du changement de lieu pur et simple des viscères, sans y mêler aucun soupçon d'irritation. Voici ce qui m'a engagé à changer d'avis; d'abord ce malaise général reconnaît évidemment pour cause la hernie même, puisque la réduction suffit à la faire disparaître et à en empêcher le retour; et conséquemment il diffère naturellement par cette cause purement locale des indigestions ordinaires; deuxièmement, c'est que si la hernie est formée en tout ou en partie d'épiploon, cet épiploon finit par contracter des adhérences avec le sac; et j'ai vu un bon nombre de sujets avec des adhérences de l'épiploon qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause (1).

Voilà donc un premier état de la hernie qui accuse dans les viscères herniés une certaine disposition morbide, et que ses effets rattachent particulièrement à l'inflammation adhésive. Les chirurgiens ne s'en sont guère occupés; comme les hernies sont alors faciles à réduire, ils les laissaient aux bandagistes, trop occupés à leur tour de la partie mécanique et surtout industrielle de l'art pour songer à autre chose. Quand la hernie sort à l'extérieur, on la fait rentrer, on applique un bandage et tout paraît dit; si le bandage, agissant trop exclusivement sur l'anneau inguinal externe, laisse la hernie séjourner dans le canal, les symptômes continuent; mais alors la science des bandagistes se trouve en défaut, et j'ai souvent cité dans mes cours l'histoire d'un de nos bandagistes parisiens les plus renommés, qui, ayant affaire à une hernie ainsi rentrée dans le canal, et ne pouvant trouver la cause du malaise qu'accusait encore le malade, avait imaginé je ne sais quelle faiblesse native des parois abdominales pour laquelle il avait appliqué une ceinture spéciale. La ceinture, comme on le pense bien, était restée inefficace; et quand le malade vint me consulter, je commençai par la lui faire ôter; après quoi un bandage convenablement appliqué sur le canal maintint la hernie, et fit immédiatement cesser la

---

(1) Je dois dire que tout récemment j'ai été agréablement surpris d'entendre M. Cruveilhier exposer, au sujet des coliques prétendues venteuses ou nerveuses qui occupent l'abdomen, sans qu'il y ait hernie, une doctrine toute pareille à la mienne, et qui ne lui servira pas d'un médiocre appui. Suivant M. Cruveilhier, ces coliques sont dues à une péritonite qu'il nomme glutineuse, et qui n'est pas autre chose que l'inflammation adhésive; et pour les viscères peu mobiles, comme le foie et la rate, elle amène des adhérences avec la plus grande facilité. M. Cruveilhier professe que ces adhérences du foie et de la rate au péritoine pariétal sont aussi communes que les adhérences pleurales; et ces adhérences pleurales sont dues également à une pleurésie glutineuse ou adhésive, le plus souvent méconnue sous le nom de pleurodynie. Ainsi, ce que j'avais observé dans les poches péritonéales anormales, se retrouve dans la grande poche péritonéale normale, et l'on voit de suite combien les observations de M. Cruveilhier et les miennes se complètent et se prêtent mutuellement de force. Il est désirer que M. Cruveilhier livre prochainement au public ces résultats de ses recherches si fécondes.

prétendue faiblesse et tous les phénomènes qu'on lui avait attribués.

Dans d'autres circonstances, et plus spécialement dans les épiplocèles, le malaise est fort léger du côté de l'abdomen, la hernie est encore à peu près indolente; mais déjà se manifeste un phénomène local des plus remarquables, la difficulté de réduire la tumeur.

Obs. VI. — *Epiplocèle devenu subitement irréductible. Nul autre symptôme. Réduction par le taxis prolongé.* — Dans le courant de l'eté 1840, un étudiant en médecine, qui suivait mes leçons sur les hernies, vint me consulter pour une hernie scrotale survenue quelques semaines auparavant, qui du premier coup était arrivée presque au fond du scrotum, et qui depuis deux jours était irréductible. Nulle douleur, ni dans le ventre, ni dans la tumeur; celle-ci est molle, effilée, mate à la percussion; les digestions se font bien. Manifestement il s'agissait là d'un épiplocèle dans la tunique vaginale, et il convenait de le réduire pour éviter des adhérences. Je procédai en conséquence au taxis, qui d'abord peu douloureux, le devint ensuite bien davantage à mesure que le temps s'écoulait, et il ne me fallut pas moins de trois quarts d'heure pour obtenir une réduction complète.

Obs. VII.—*Epiplocèle devenu subitement irréductible. Nul autre symptôme. Réduction le dixième jour.* — M. Cunier, parent de notre excellent confrère M. Florent Cunier, me consulta en août 1837 pour une hernie inguinale gauche survenue sans cause connue dix-huit mois auparavant. Un bandagiste de Paris avait appliqué un bandage français qui avait contenu d'abord la hernie, au dire du malade, mais qui plus tard la laissait s'échapper. Un bandage anglais que je fis appliquer exerça une contention parfaite. Le malade n'étant plus d'âge à espérer une guérison radicale, je lui avais permis d'ôter le bandage la nuit, mais avec la recommandation très-expresse de le remettre avant de quitter le lit. En novembre 1837, ayant omis cette précaution, la hernie sortit, et fut toutefois facilement réduite. En février 1838, s'étant levé du lit brusquement et sans bandage, la hernie sortit de nouveau; il essaya de la faire rentrer et ne put y parvenir. Il garda le lit, prit des bains, et au bout de quarante-huit heures il me fit appeler. J'exerçai le taxis pendant vingt minutes, et j'opérai la réduction.

Enfin, le 15 décembre 1840, en revenant des funérailles de l'empereur, il eut une discussion très-vive, et dans la chaleur de la riposte, la hernie s'échappa de nouveau. Il tenta de la repousser et ne put y parvenir; il prit des bains, il mit des cataplasmes; M. Cresson, consulté, essaya le taxis à diverses reprises sans aucun résultat; et en définitive, il eut recours à moi le 24 décembre au soir. Le scrotum contenait une tumeur du volume du poing, manifestement épiploïque, indolente; le ventre également sans douleur; l'appétit persistant, les selles régulières; et cependant la tumeur était sortie depuis neuf jours. Je fis appliquer immédiatement sur la tumeur et sur l'anneau un cataplasme émollient, précédé d'onctions avec la pommade de belladone; le lendemain matin, ces topiques durent être renouvelés; un bain prescrit de 11 heures à midi; et, après le bain, un troisième cataplasme. J'arrivai à une heure et demie et commençai le taxis. Au bout de vingt minutes, les trois quarts environ de la tumeur rentrèrent en bloc, et six minutes après le reste suivit peu à peu. Le taxis fut très-douloureux, et je dois ajouter que quelques parties de la tumeur fluctuaient sous les doigts. Très-probablement l'irritation lente du péritoine avait ici produit un léger amas de sérosité qui avait empêché de trop fortes adhérences de se produire.

Ici, je ne sais pas trop comment les doctrines actuelles auraient caractérisé la lésion. C'était bien une sorte d'étranglement, puisque la hernie était devenue subitement irréductible. Ce n'était pas un étranglement *inflammatoire*, puisqu'il n'y avait ni douleur ni interruption du cours des matières; encore bien moins un engouement, puisque dans une hernie épiploïque il ne saurait s'accumuler de matières fécales. Je ne pense pas non plus qu'aucun des plus intrépides partisans de l'opération ose désormais avancer qu'il y avait là la moindre indication de la pratiquer, bien qu'elle ait été pratiquée maintes fois pour des cas tout aussi peu graves. Pour moi, si j'avais à expliquer la manière dont les choses se sont passées, je pourrais bien soupçonner que par le long usage du bandage l'anneau s'était rétréci; que la hernie échappée a rencontré de prime abord à ce rétrécissement un léger obstacle; mais que l'obstacle est devenu plus considérable à mesure que la hernie s'est irritée, et par l'effet de son brusque déplacement, et aussi par les tentatives multipliées du taxis; et quand je suis arrivé, je n'avais plus affaire qu'à une légère péritonite herniaire, déjà calmée par le bénéfice du temps du repos, et des topiques émollients.

Là donc il n'y a jamais indication d'opérer; si l'on arrive au début de l'accident, il faut réduire; si l'on est appelé un peu plus tard, il faut apaiser d'abord l'irritation, pour faciliter le taxis, qu'il ne faut pourtant pas trop différer. J'ai dans ce moment sous les yeux un jeune homme qui m'a été adressé de province par mon excellent confrère M. Pihet; il y a près de quarante jours qu'une vieille hernie inguinale, assez mal contenue par un mauvais bandage français, s'est échappée dans le scrotum et n'a pu être réduite. Le malade mange, digère, va à la selle comme à l'ordinaire; tous mes efforts n'ont pu effectuer qu'une demi-réduction; des adhérences intimes unissent la hernie, qui est tout épiploïque, ou au fond du sac ou même au testicule; et l'unique ressource que j'ai mise en usage est l'application du bandage à pelotte creuse pour diminuer peu à peu le volume des portions sorties, avec un faible espoir peut-être d'allonger les adhérences, et de parvenir enfin à une exacte compression du canal inguinal.

Nous allons maintenant montrer l'irritation à un degré un peu plus considérable, et simulant mieux l'étranglement: ainsi dans le cas qui va suivre, on trouvera à la fois des douleurs dans la tumeur et dans l'abdomen, et une constipation assez opiniâtre.

Obs. VIII. *Epiplocèle devenu subitement irréductible; légère colique; constipation. — Traitement par les caplasmes et de légers purga-*

tifs ; réduction le dix-neuvième jour. — Roche, âgé de 78 ans, portait depuis dix ans environ trois hernies, savoir, une de la ligne blanche, située à 8 lignes environ au-dessous de l'ombilic, variété fort rare, et deux inguinales; la droite très-peu considérable, facilement maintenue par le bandage; la deuxième passée à l'état de bubonocèle, et plus difficile à maintenir. Il avait constamment porté des bandages depuis l'apparition de ces trois tumeurs; et quand la hernie gauche s'échappait sous la pelote, ce dont il était averti par quelques coliques, il parvenait assez aisément à la réduire. Il était habituellement constipé.

Le 11 juin 1840, depuis six jours il n'avait pas été à la selle, lorsque la hernie gauche s'échappa et détermina des coliques. L'élève de garde essaya de la réduire et ne put y parvenir; le vieillard voulut attendre encore, espérant que la réduction se ferait comme les autres fois; mais la tumeur persistant, il entra à l'infirmerie le 13.

La tumeur remplissait le canal inguinal, dilaté en forme de cylindre; au sortir de l'anneau, elle se renflait de façon à présenter le volume d'une très-grosse noix, après quoi elle allait en s'effilant dans le cordon jusqu'à 5 centimètres environ du testicule. Cette portion effilée paraissait faire corps avec le cordon; l'autre était assez mobile. Toute la tumeur était du reste tendue, dure, douloureuse à un certain degré de pression; mate à la percussion; nul autre symptôme que de légères douleurs abdominales; pas de soif, un peu d'appétit.

Je le fis coucher sur le dos, les jambes et le bassin relevés sur un matelas roulé; des cataplasmes froids sur la tumeur; un lavement de tabac, et deux bouillons dans la journée.

Le lavement amena deux selles copieuses, le 14, le pouls était un peu irrégulier, la tumeur un peu plus large, mais moins dure. — Continuation des cataplasmes; le quart d'aliments.

Nous allâmes ainsi jusqu'au 24, les douleurs abdominales ayant cessé, le malade se plaignant seulement de temps à autre de crampes dans les bras, la constipation persistant. Deux lavements simples furent administrés et ne furent pas même rendus. Le 24 au soir, la tumeur externe étant plus souple, on essaya de la faire rentrer; elle rentra en effet dans le canal, avec un certain bruit de frottement; mais elle sortait aussitôt que la pression était suspendue. Le 25, une bouteille d'eau de Sedlitz qui amena deux selles. Le 28, la tumeur n'étant pas plus facile à réduire, nouveau purgatif, nouvelles selles. Le 30, on fait rentrer une partie de la tumeur; le reste paraît adhérent; en conséquence, on applique un bandage; et la santé étant d'ailleurs parfaite, le malade fut mis à la portion entière et quitta le service quelques jours après.

Ici l'irritation est plus évidente que dans les cas précédemment cités; toutefois il ne me paraît pas que les adhérences indestructibles que nous avons rencontrées soient dues à cette dernière attaque; il est bien plus probable qu'elles avaient été produites à la longue par ces petites coliques et ces petits échappements de la hernie accusés dans le récit du malade. Mais ce qui appelle par-dessus tout l'attention, c'est que si j'avais suivi la doctrine de Boyer, au lieu de donner à manger à mon malade, je l'aurais soumis à l'opération. J'ai besoin ici de rappeler textuellement ce terrible précepte:

« Dans les sujets fort avancés en âge et d'une grande faiblesse, l'opération doit être pratiquée dans les trois ou quatre premiers jours des accidents, quoiqu'ils n'augmentent pas, et que la nature des accidents permette du délai! »

Considérez l'âge de notre sujet, 78 ans, son état, entré comme infirme à Bicêtre, et dites si nous n'étions pas dans toutes les conditions requises. Au lieu de l'opérer, le troisième jour je lui donne deux bouillons; le quatrième jour le quart d'aliments. Attendez cependant, car en définitive, peut-être, malgré l'avis de Boyer, avez-vous besoin pour vous décider d'accidents un peu plus graves; vous en trouverez dans les observations qui suivent.

Obs. IX. — *Epiplocèle de la ligne blanche, devenu subitement irréductible; vomissements, douleurs. — Traitement par les cataplasmes; guérison sans réduction de la tumeur.*—Adrien Lepère, âgé de 52 ans, homme de peine à Bicêtre, était sujet depuis une vingtaine d'années à des coliques dont il ignorait la cause; et il croyait bien n'avoir jamais eu de hernie. Au commencement de mai 1841, en chariant des gravats, il se sentit pris d'une douleur qui s'étendait en travers comme une barre au-dessus de l'ombilic; et il s'aperçut d'une petite tumeur siégeant sur la ligne blanche, à 1 centimètre au-dessus de la cicatrice ombilicale. Il ne laissa pas pour cela de travailler et ce jour même et les jours suivants.

Mais le 1er juin, vers sept heures du matin, il se sentit pris d'une colique très-forte, et ayant été aux latrines, il eut une selle normale, mais en même temps il fut pris de vomissements et rendit son souper de la veille. La tumeur qu'il avait pu faire rentrer jusqu'alors, était devenue irréductible. Il demeura couché toute la journée, ayant de l'inappétence, de la soif, obligé de garder le décubitus dorsal; cependant il put boire du vin coupé d'eau sans nouveaux vomissements, et dormit dans la nuit. Mais le malaise persistant le lendemain, il entra à l'infirmerie.

Il portait donc au lieu indiqué une tumeur du volume d'une aveline, indolente à la pression simple, douloureuse dès qu'on cherchait à la réduire. Par son siége et sa petitesse, elle échappait à l'essai de la percussion; mais au toucher elle paraissait formée d'épiploon dans sa moitié supérieure, tandis qu'en bas et à gauche, on sentait comme un léger déplacement d'air et de liquide qui semblait indiquer un pincement de l'intestin. Pas de vomissements, coliques légères et inappétence. — Diète, cataplasmes sur la tumeur.

Le 3, l'appétit est très-prononcé; l'abdomen insensible, le pouls calme. On le mit à la demi-portion. Il eut ce jour-là une selle; les aliments passèrent très-bien; toutefois, vers deux heures du matin, il ressentit quelques nausées, qui n'allèrent pas jusqu'au vomissement.

Le 4, état général parfait; la tumeur reste irréductible. Je donne la portion entière.

Rien de nouveau les jours suivants; et le malade

ne tarda pas à sortir avec sa petite hernie toujours irréductible, mais comprimée par un bandage pour l'empêcher de grossir.

Dans ce cas, l'irréductibilité s'accompagnait de coliques et de vomissements; cependant le vomissement, n'ayant plus reparu, pourrait être attribué à une indigestion antérieure ou concomitante; dans l'observation qu'on va lire, les vomissements surviendront après d'autres symtômes, en sorte que les accidents sembleront aller en croissant, et qu'on regardera l'opération comme indiquée; et néanmoins la guérison se fera par de très-simples moyens antiphlogistiques.

Obs. X. — *Epiplocèle devenu subitement irréductible, avec douleurs, constipation, nausées, vomissements.—Traitement par les cataplasmes; réduction le huitième jour.* — Gonot, entré à Bicêtre comme épileptique, âgé de 55 ans, portait une hernie inguinale congéniale du côté gauche. La moitié gauche du scrotum n'était point développée; le testicule, petit et atrophié, ne descendait pas plus bas que l'anneau inguinal externe; mais la hernie, se prolongeant beaucoup plus loin, avait filé le long du scrotum absent jusque dans le côté gauche du périnée. Il contenait cette hernie par un méchant bandage français, qui la laissait assez fréquemment échapper; alors, au dire du malade, il n'y avait pas d'accidents, et le taxis finissait toujours par la faire rentrer, au plus tard après cinq ou six heures.

Le 13 octobre 1840, à la suite d'une longue course qu'il fit à Paris, sa hernie sortit de nouveau, et ne voulut pas rentrer. Il fut obligé de revenir du boulevard Poissonnière à Bicêtre, tenant sa hernie à deux mains; aussitôt arrivé, il se mit au lit, et fit appeler l'interne de garde, qui fit sans succès quelques efforts de taxis. Le lendemain deux élèves pratiquèrent le taxis durant un demi-heure, sans autre résultat que de faire beaucoup souffrir le malade. A midi, M. Perrochaud, interne du service, renouvela ces tentatives durant un quart d'heure; il crut un instant avoir produit la réduction; mais c'était une erreur, la hernie n'avait fait que glisser des doigts et s'enfuir en arrière vers le périnée. M. Perrochaud fit mettre le malade dans un bain, où il resta deux heures; et, au sortir du bain, répéta encore le taxis avec aussi peu de succès. Pendant ces dernières tentatives, le malade eut des nausées, et peu après quelques vomissements de matières aqueuses blanchâtres. A quatre heures et demie, on administra un lavement de tabac qui détermina un peu de stupeur. La nuit fut assez calme, et enfin, le 14 au matin, on jugea que l'opération était nécessaire, et je fus appelé pour la pratiquer.

A la région inguinale gauche, on voyait une tumeur allongée suivant la direction du canal inguinal et descendant vers le périnée, attendu l'absence du côté droit du scrotum. Elle avait à peu près l'épaisseur du pouce, représentant assez bien une grande lèvre de femme. La peau qui la recouvrait était rougeâtre, très-sensible à la pression; la tumeur elle-même semblait pâteuse, rendait un son mat à la percussion; en arrière et près de l'anneau inguinal, on sentait une tumeur du volume d'un haricot, qui paraissait être le testicule gauche; l'anneau inguinal était assez large, et l'obstacle à la réduction siégeait manifestement à l'anneau abdominal, et, autant qu'il est possible de l'affirmer, au collet du sac. La langue un peu sèche; soif assez prononcée; mais le ventre était souple et indolent; la tumeur elle-même n'était douloureuse qu'à la pression; le pouls était calme. La constipation durait depuis deux jours avant l'accident, mais le malade était habituellement constipé. Il toussait fréquemment; mais cette toux, habituelle chez lui, datait de 1836, époque à laquelle il avait reçu dans la poitrine un coup de timon d'une voiture; et depuis lors, non-seulement il avait gardé cette toux, mais il avait de temps à autre des hémoptysies.

Tout cela considéré, je tentai à mon tour le taxis pendant dix minutes, mais avec beaucoup de douceur; et ayant trouvé le même obstacle, je prescrivis un bain de deux heures; après le bain, des cataplasmes sur la tumeur, le décubitus sur le dos, les cuisses fortement fléchies sur le bassin, les jarrets soutenus sur des coussins éleves; diète complète.

La journée fut très-calme, sans nausées et sans vomissements. Le 15 au matin le malade demanda à manger; je lui accordai le quart d'aliments. Le 16, la tumeur était plus souple; le malade dit l'avoir fait rentrer, mais elle était ressortie aussitôt après. J'essayai moi-même de la réduire sans y réussir. La digestion s'était bien faite, la constipation durait toujours. Le malade fut mis à la demie, et le lendemain à la portion. Le 20, je repris le taxis, et fis rentrer la hernie presque sans aucune difficulté; un lavement donné le même jour procura la première selle depuis le 11 octobre, et le malade fut renvoyé dans sa salle quelques jours après (1).

---

(1) Ce malade est revenu dans mon service en août 1841: la phthisie avait fait des progrès, et il y succomba le 18 août. On comprend avec quel intérêt je saisis l'occasion de disséquer cette hernie.

Il n'y avait donc, comme il a été dit, que le côté droit du scrotum de développé; le gauche représentait une grande lèvre de femme qui se prolongeait dans le périnée vers l'anus. Une incision faite de haut en bas mit à nu le sac péritonéal, qui longeait en bas le raphé périnéal à un centimètre de distance, et arrivait jusqu'à un centimètre en avant du niveau de l'anus. Ce sac renfermait une cuillerée de liquide séreux, qu'il était facile de faire refluer dans l'abdomen. Le sac, incisé à son tour, était vide au-dessous de l'anus; on y voyait seulement saillir une petite tumeur blanche, du volume et de la forme d'un haricot, et que nous avions prise sur le vivant pour le testicule; cette tumeur était cette fois descendue bien plus bas que l'anneau, et à peu près au tiers supérieur du sac. Le canal étant ensuite ouvert au-dessus de l'anneau, en laissant celui-ci intact, on y trouva une portion d'épiploon engagée, mais sans adhérence, et qu'il fut facile de réduire; l'orifice interne du sac était large à admettre facilement l'indicateur. L'abdomen ouvert, on vit que l'épiploon, dense et chargé d'une graisse dure et rougeâtre, s'étendait du côté gauche jusqu'à l'anneau où il avait contracté quelques adhérences, de telle sorte qu'il empêchait véritablement les intestins d'y pénétrer. Le sac passait sous les muscles transverse et petit oblique sans leur emprunter de crémaster.

Je voulus suivre le canal déférent. Il descendait, accompagné des vaisseaux du cordon, jusque dans le périnée, et tout à fait au bas du sac: alors il remontait en se divisant pour constituer l'épididyme, et la tête de l'épididyme était précisément cette tumeur en forme de haricot que nous

J'ai choisi ces divers cas parmi plusieurs autres, parce qu'ils m'ont paru propres à montrer les premières nuances de la péritonite herniaire, depuis la simple irréductibilité jusqu'aux coliques, aux nausées et aux vomissements. Je m'en suis tenu aux hernies épiploïques, parce que là en effet la péritonite est simple, et qu'on ne peut alléguer l'engouement; qu'on ne peut pas davantage accuser un véritable étranglement, car on ne supposera pas, j'imagine, qu'un étranglement réel ait pu céder à des bains et à des cataplasmes. Je sais bien qu'en dépit des mots et des choses, bon nombre de chirurgiens, après avoir diagnostiqué leur *étranglement inflammatoire*, ont recours au bain comme un excellent adjuvant du taxis, et expliquent sa prétendue efficacité en disant qu'il diminue l'inflammation, comme si, quand la verge est étranglée par un anneau métallique, ce qui est bien la plus exquise image de l'étranglement réel, le bain pouvait quelque chose, soit pour calmer l'engorgement du gland, soit pour favoriser la sortie de l'anneau constricteur ! Je m'occuperai ailleurs de l'étranglement véritable dans les hernies; pour le présent, il faut poursuivre l'inflammation pure et simple. Nous allons l'étudier dans les hernies intestinales, où elle présente des nuances tout aussi tranchées que dans les hernies épiploïques.

Obs. XI. — *Entérocèle devenu subitement irréductible. Douleurs très-intenses. Réduction au bout de quelques heures par une pression continue.* — Le nommé Blouin, vieillard de 77 ans, fut apporté à l'infirmerie de Bicêtre le 27 novembre à dix heures et demie du soir, pour une hernie inguinale droite accompagnée d'accidents. Cette hernie date de plusieurs années, et paraît reconnaître pour cause une toux habituelle dont notre malade est affecté. Il ne l'avait point contenue jusqu'à son entrée à Bicêtre il y a environ cinq ans, et les bandages qu'il a portés depuis la laissaient échapper. Cependant jamais il n'y avait ressenti de douleurs, lorsque le jour même de son entrée, jour de gelée et de brouillard, ayant bu trois setiers de vin, c'est-à-dire, deux ou trois fois sa ration habituelle, et s'étant couché fort tranquille à cinq heures du soir, il fut surpris à six heures par une tuméfaction subite de sa hernie, sans cause appréciable. Bientôt arrivèrent des douleurs dans la tumeur, plus vives vers le collet, qui rayonnèrent promptement dans tout le ventre, décrivant comme un demi-cercle de l'hypogastre aux deux hypochondres, et assez fortes pour le faire crier. Comme ses cris troublaient les autres dormeurs, on l'apporta donc à l'infirmerie, comme il a été dit, souffrant toujours, mais n'ayant pas même envie de vomir. Il eut l'idée d'exercer une pression constante avec la main serrée entre les deux cuisses; le tumeur diminua d'abord, puis finit par rentrer tout à fait; il s'endormit, et à la visite du matin, nous le trouvâmes en aussi bonne disposition que si rien ne fût arrivé.

La hernie ressortie avait le volume d'un œuf de poule; elle était partout sonore; l'anneau inguinal admettait le doigt; le canal dilaté gardait cependant presque sa longueur naturelle. Il va sans dire que durant les accidents, elle avait un volume bien plus considérable et une remarquable dureté.

Voilà un premier fait fort remarquable. Tous les effets de l'irritation se bornent à la douleur, avec distension de la hernie par des gaz, mais sans vomissements et même sans nausées. Cela pourrait assez bien se rattacher à l'étranglement spasmodique, tel que l'a inventé Richter, car dans quelques-uns des cas cités par Richter, il n'y avait pas non plus de vomissements. Ces douleurs sans vomissements ne commencent pas toujours par la hernie; quelquefois elles débutent par l'abdomen. J'ai parlé plus haut d'un malade affligé d'une hernie fort volumineuse du côté droit, et chez lequel le foie très-hypertrophié est descendu jusque près de l'anneau et fait une saillie sensible à la vue. Ce malade est assez sujet aux coliques; mais chez lui elles commencent vers l'épigastre, descendent vers la région inguinale gauche, et en dernier lieu dans la hernie. Richter rapporte un fait analogue.

« J'ai connu une femme, dit-il, qui était presque en état d'annoncer le moment où sa hernie s'étranglerait. Elle ressentait auparavant, selon ses expressions, un travail dans son ventre, une agitation, un tiraillement, et une tendance extraordinaire des parties à sortir. Si elle laissait sortir la hernie, il y survenait ordinairement un étranglement. »

Scarpa a pris texte de ce fait et de quelques autres pour conclure que le prétendu étranglement spasmodique consistait dans un spasme général du canal intestinal, une colique venteuse, bilieuse, etc. Mais l'observation de Blouin a montré déjà l'origine de ces coliques dans la hernie même; en voici un second exemple, dans lequel les douleurs, également très-vives, s'accompagneront de vomissements répétés.

Obs. XII. — *Entérocèle devenu subitement irréductible, avec douleurs et vomissements; réduction au bout de quelques heures.* — Leroux, âgé de 73 ans, entra à l'infirmerie de Bicêtre le 29 novembre 1840 pour une hernie inguinale accompagnée d'accidents. C'était un bubonocèle gauche, venu à l'âge de 24 ans par suite d'un effort,

---

aviens prise pour le testicule. Le véritable testicule était au-dessous, mou, aplati, tellement atrophié qu'il ne faisait presque aucune saillie dans le sac, ou, si l'on veut, dans la tunique vaginale; il pouvait avoir deux centimètres de haut sur douze millimètres de large, et six à huit d'épaisseur.

Tout le péritoine pariétal et viscéral était parsemé de taches noires et de laciniures déchirées, pareilles à des débris de fausses membranes; le reste de l'autopsie n'a nul rapport à notre sujet. Je dirai seulement qu'il n'y avait pas même une simple trace de hernie du côté droit.

Depuis que ce mémoire a été écrit, il en a paru un fort remarquable de M. J. Guérin, touchant le débridement sous-cutané des hernies étranglées. M. Guérin a opéré par cette méthode, avec une rare habileté et avec un brillant succès, un malade atteint d'une hernie inguinale épiploïque. Il y était pleinement autorisé par la doctrine régnante, et le malade a lieu de se féliciter d'avoir été soumis à la nouvelle méthode opératoire plutôt qu'à l'ancienne. Mais, je le demande, non pas pour M. Guérin, mais surtout pour les chirurgiens qui auraient suivi en pareil cas la méthode commune, qui peut-être la suivraient encore, y avait-il indication d'opérer? Que l'on compare l'observation de Gonot avec celle que rapporte M. Guérin, et j'estime que les esprits non prévenus n'hésiteront pas à répondre.

suivi après longues années d'une autre hernie plus petite à droite, survenue cette fois sans cause connue. Jusqu'à l'âge de 71 ans, il avait, dit-il, toujours porté de bons bandages; mais alors étant entré à Bicêtre, il eut des bandages de la maison qui laissaient la hernie s'échapper. Déjà une première fois, il y a un an, la hernie s'échappa; il eut deux vomissements, et au bout de deux heures il parvint à la réduire lui-même.

Le jour de son entrée, il avait passé la journée dans sa salle, sans rien changer à son régime ordinaire, et il s'était couché à huit heures. Un peu après la hernie gauche coula sous le bandage, se tuméfia, devint le siége de douleurs qui bientôt rayonnèrent vers l'ombilic, où elles donnaient la sensation d'une barre transversale; une demi-heure après leur apparition eurent lieu deux vomissements de bile qui les calmèrent pour le moment. Puis elles revinrent plus fortes, de telle sorte qu'il troublait par ses cris le repos de la salle; on l'apporta donc à l'infirmerie à onze heures du soir. Il vomit une troisième fois; et enfin, vers une heure du matin, à force de presser sur la tumeur, il parvint à la faire rentrer. Dès lors tout fut fini; il dormit le reste de la nuit; seulement le lendemain il se sentait, suivant ses expressions, *l'estomac abîmé*, et ne voulut prendre qu'un potage. Mais le surlendemain, l'appétit était revenu, le ventre faisait ses fonctions; en un mot, la cure était complète.

Nous examinâmes cette hernie revenue à l'état naturel elle avait le volume d'un petit œuf de poule; résonnait partout comme un entérocèle; l'anneau inguinal admettait facilement le doigt, et le canal était presque effacé, ce qui jetait beaucoup de doute sur le récit du malade. En effet, interrogé de nouveau, il confessa que les bandages avaient habituellement mal contenu la hernie gauche, et qu'il y suppléait par l'usage d'un suspensoire. Nous le retrouverons d'ailleurs un peu plus loin, et pour des accidents plus graves.

Ce fait se rapproche encore bien plus que l'autre de la description donnée par Richter de l'étranglement spasmodique, car il y a dans les accidents ces intermittences qu'il signalait comme le propre des spasmes nerveux, comme si on ne les rencontrait pas et dans les inflammations pures du péritoine, même sans hernie, et dans les étranglements purs sans inflammation! Richter avait d'ailleurs été confirmé dans ses idées par l'efficacité des cataplasmes, auxquels il ne trouvait, dit-il, *d'autre vertu que de relâcher une tension spasmodique*. Avec un pareil raisonnement, toutes les inflammations externes qui se trouvent bien des cataplasmes, pourraient passer pour des *tensions spasmodiques*; et d'un autre côté, on a pu voir dans plusieurs des cas qui précèdent l'influence des cataplasmes dans des hernies épiploïques qui n'offraient nullement les signes attribués à l'étranglement spasmodique.

Du reste, dans ces deux cas, la marche de l'inflammation a été brusquement enrayée par le taxis, et la cause la plus essentielle de la phlogose étant l'issue des intestins mêmes, en enlevant la cause, on a fait cesser l'effet, trop peu prononcé encore pour persister par lui-même. Voici une observation où l'on verra l'inflammation persister, et ne céder qu'à l'influence du temps et des antiphlogistiques; et puis, circonstance heureuse, le malade ayant succombé deux mois environ après la cure des accidents de sa hernie, l'autopsie nous fournira les moyens de constater les traces permanentes de ces irritations répétées.

Obs. XIII. — *Entérocèle formé par l'S iliaque devenu subitement irréductible; péritonite herniaire simulant l'engouement; traitement antiphlogistique; réduction le neuvième jour. — Mort deux mois plus tard; autopsie.* — Il s'agit encore ici du vieux Leroux dont nous avons parlé déjà tout à l'heure. Après avoir quitté l'infirmerie, il avait passé plusieurs mois sans souffrir aucunement de sa hernie, qu'il contenait fort mal à l'aide d'un bandage double et d'un suspensoire, lorsque, sur la fin de février, il entra dans les salles de médecine pour une affection interne, où la hernie ne jouait aucun rôle, et il en sortit le 10 mars, convalescent, mais un peu affaibli, comme il est facile de le présumer. Le 11 mars, à 11 heures du matin, ayant mangé à son déjeuner un morceau de doudin, il fut pris de vomissements de matières bilieuses, qui se renouvelèrent à courts intervalles; en même temps la hernie gauche avait considérablement augmenté de volume. Il se mit au lit, et, suivant une coutume assez en usage parmi le peuple et les bandagistes, il oignit le scrotum de beurre, et essaya de faire rentrer la hernie. Ces essais furent poursuivis jusqu'à 11 heures du soir; alors, en voyant l'inutilité, il se fit transporter à la salle de chirurgie. Jusque là la tumeur n'avait encore été le siége d'aucune douleur; et les vomissements s'étaient arrêtés dès 7 heures du soir. L'élève de garde se borna à appliquer des cataplasmes; le reste de la nuit il fut agité, presque sans sommeil, et des douleurs se déclarèrent dans la tumeur.

Le 12 au matin, nous le trouvâmes dans l'état suivant : maigreur très-prononcée, affaissement des forces et de l'intelligence, suites probables de l'affection interne dont il relevait. Quant à l'affection présente, la hernie gauche avait dilaté le scrotum et acquis le volume de la tête d'un fœtus à terme; la peau du scrotum était lisse, tendue, luisante, avec une teinte rougeâtre, un accroissement de chaleur sensible au toucher; de grosses veines gorgées de sang rampaient à sa surface. La tumeur était très-douloureuse à la pression, sonore surtout à la percussion, excepté au voisinage de l'anneau, où elle rendait un son mat et offrait une consistance pâteuse; le testicule, très-distinct, pendait comme une sorte d'appendice à la partie interne et inférieure; la verge et le raphé étaient attirés et comme envahis par la tumeur.

Le ventre était souple et indolent à la pression, excepté dans un espace de trois à quatre travers de doigt à partir de l'anneau inguinal, où la pression déterminait un peu de douleur, et la percussion rendait un son mat. La langue était sèche, rude, enduite au centre d'une couche bilieuse; quelque temps avant la visite, la malade avait encore éprouvé des vomituritions de matières bilieuses. Enfin le pouls était à quatre-vingts pulsations par minute, assez plein, avec quelques rares intermittences; la peau légèrement chaude et sèche.

Après quelques essais modérés de taxis, l'inflammation me paraissant manifeste, je fis placer le malade sur le dos, les membres inférieurs soulevés à l'aide d'un volumineux coussin, et je prescrivis des cataplasmes fréquemment renouvelés sur la tumeur; du reste diète absolue, eau sucré à la glace.

Le malade fut revu à deux heures du soir; il n'y avait pas eu de vomissements; la tumeur parut un peu moins tendue et moins douloureuse; nul autre changement.

Le 13 au matin, la tumeur avait repris plus de volume et de sensibilité; le petit espace abdominal trouvé douloureux la veille l'était bien davantage; je fis donner un lavement purgatif, qui fut rendu immédiatement sans aucune autre matière, et dix sangsues furent placées sur le point douloureux du ventre, au-dessus de l'anneau inguinal.

Le 14, la douleur abdominale semble gagner un peu en étendue, en perdant son intensité; rien de plus. Dans la journée, il y eut un vomissement de matières jaunâtres sans odeur stercorale; c'était le premier depuis notre première visite. Le soir, le ventre avait perdu de sa sensibilité; la tumeur semblait au contraire plus douloureuse. Il y eut encore quelques vomissements.

Le 15, amélioration marquée. Le ventre est souple et indolent dans presque toute son étendue; on dirait qu'il a été dégagé par les vomissements de la veille. La tumeur commence à diminuer, mais le pouls est devenu plus petit et plus serré, et la faiblesse générale est plus marquée. Pour apaiser la soif sans rappeler les vomissements, nous donnons des tranches de citron sucrées et de petis morceaux de glace.

Le 16, la nuit a été calme; il n'y a plus eu de vomissements; nous trouvons la tumeur très-sensiblement diminuée; la verge en est complétement dégagée. La rougeur tend à disparaître; la pression est bien moins douloureuse, l'abdomen indolent dans tous les points. Le pouls est à 72, mais très-petit; la langue pâle, mais plus sèche que les jours précédents, jaunâtre au centre.

A quatre heures du soir, nous revîmes le malade; la tumeur décroissait en quelque sorte à vue d'œil.

Le 17, la nuit a été bonne; il y a eu un sommeil non interrompu de trois heures. Le pouls est un peu relevé, la langue plus humide; je permets du bouillon par cuillerées.

Le bouillon passa très-bien et fut continué les jours suivants, sans retarder l'amélioration du côté du ventre et de la tumeur; mais l'affaissement général augmentait. Le 19, je crus devoir faire appliquer des vésicatoires aux jambes, et enfin le 20, neuf jours pleins après l'accident, je pensai qu'il était temps de réduire la hernie; quelques mouvements du taxis ordinaire ayant paru encore douloureux au malade, je me contentai de relever la tumeur et de la comprimer doucement avec la main droite, le pouce tourné vers l'anneau, les quatre doits embrassant le scrotum; quelques minutes de cette pression firent rentrer une partie des intestins avec des gargouillements, et il suffit en tout de sept à huit minutes pour opérer une réduction complète, hormis pourtant une petite masse du volume d'une noix, pâteuse, indolente, mate à la percussion, qui s'arrêta devant l'anneau. Je pensai avoir affaire à quelque portion adhérente d'épiploon; je la laissai, me contentant de relever les bourses avec un suspensoire et de continuer les cataplasmes. Un lavement purgatif fut prescrit; mais avant son administration, le malade eut une selle spontanée très-copieuse, qui rendit le remède inutile.

Le lendemain 21, tout allait bien, mais il y eut vers le soir un frisson prolongé qui me fit craindre une fièvre intermittente. Je prescrivis donc une potion avec le sulfate de quinine; mais, après la première cuillerée, le malade refusa de continuer, et néanmoins le frisson ne se reproduisit plus.

Il serait maintenant fastidieux de poursuivre jour par jour cette histoire. Je mis mon malade au vin de Bordeaux et aux viandes rôties; toutes les fonctions se faisaient très-bien; la hernie, mal contenue par les bandages, descendait et rentrait avec une égale facilité, et j'attendais la sortie du malade pour lui appliquer un appareil meilleur. Mais les forces étaient épuisées; je le gardai en conséquence tout le mois d'avril et une partie du mois de mai, afin de lui procurer une meilleure alimentation que celle qu'il aurait pu avoir dans sa division; au commencement de mai, l'appétit commença à se perdre; nous le remîmes progressivement, suivant son désir, à la demie, puis au quart; puis il ne prit plus que des potages et sa ration de vin qu'on lui avait conservée entière; et enfin, sans autre symptôme qu'une faiblesse générale toujours croissante, il s'éteignit sans agonie le 15 mai.

L'autopsie avait pour nous un grand intérêt; aussi y fut-il procédé avec beaucoup de soin. Nous notâmes d'abord l'excessive maigreur du malade, portée à ce point que l'ombilic paraissait immédiatement collé contre la colonne vértébrale. La hernie gauche était sortie, mais elle n'offrait guère que le volume d'un œuf de poule. Après avoir enlevé la peau, nous séparâmes successivement quatre enveloppes celluleuses qui s'entrelaçaient près de l'anneau, de telle sorte qu'il fut impossible d'en déterminer l'exacte origine; toutes étaient plus épaisses en arrière qu'en avant; et le conduit déférent était contenu dans les mailles d'une de ces enveloppes, tandis que les vaisseaux spermatiques en occupaient une autre très-distincte. Toutes ces couches divisées et le sac ouvert, je fis constater à tous les assistants qu'en laissant la hernie dans le scrotum, l'anneau inguinal permettait encore très-facilement le passage de trois doigts réunis. La hernie était constituée par l'S iliaque du colon, dont les franges graisseuses avaient contracté entre elles et avec le fond du sac des adhérences nombreuses et fort solides. De ces adhérences il résultait de nombreuses brides qui, allant du sac à l'intestin, circonscrivaient des ouvertures où d'autres anses intestinales auraient bien pu s'engager et s'étrangler; d'autres brides, adhérentes au sac par trois côtés, figuraient des nids de pigeon plus ou moins larges; et dans les intervalles, le sac paraissait épaissi et tout couturé de saillies inégales et blanchâtres, que je ne peux mieux comparer qu'aux cicatrices résultant des grandes brûlures. Il n'y avait

pas d'épiploon dans le sac; et voici d'où était venue notre erreur. Le sac n'existait qu'en avant; l'intestin était véritablement en dehors de lui, et l'avait entraîné comme le testicule entraîne la tunique vaginale. Lors donc que nous réduisions l'intestin, le sac remontait avec lui; et c'était le fond du sac épaissi comme nous venons de le dire, embarrassé de plus par les adhérences des franges graisseuses de l'intestin, qui faisait à l'entrée de l'anneau cette masse pâteuse que nous avions prise pour l'épiploon. Il y avait même eu une autre erreur; après avoir fait rentrer l'intestin, j'avais palpé entre les doigts la poche scrotale demeurée vide; et il m'avait paru sentir les parois du sac épaissies qui frottaient sous mes doigts l'une contre l'autre; j'avais fait constater ce frottement à mes élèves, et je l'avais attribué aux dernières traces de la péritonite. Evidemment nous n'avions tenu alors entre nos doigts que les enveloppes propres du scrotum, qui avaient participé à l'épaississement inflammatoire et en gardaient encore quelques traces.

Du reste, et le sac séreux et l'intestin avaient l'aspect le plus normal. Les seuls témoignages restants de l'inflammation étaient ces adhérences, peut-être même plus anciennes, et une foule de petits points noirâtres, gros comme des têtes d'épingles, soulevant la séreuse du sac et de l'intestin, et représentant très-bien, sauf la couleur, les granulations tuberculeuses du péritoine. L'S iliaque, en dehors du sac, était en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque qu'elle avait entraîné dans le scrotum.

A droite, il y avait une petite hernie inguinale constituée par le cœcum, son appendice, et la fin de l'iléon; tout cela était également en dehors, ou, pour mieux dire, en arrière du sac péritonéal, qui avait été entaîné comme de l'autre côté.

Le péritoine abdominal et tous les viscères étaient dans l'état sain. Il nous fut impossible de trouver nulle part une cause matérielle de la mort.

Nous pouvons maintenant résumer, ce me semble, les points principaux de cette histoire de l'inflammation adhésive. Causes fréquemment manifestes, quelquefois inconnues; symptômes variant depuis des douleurs sourdes jusqu'aux phénomènes de l'étranglement, tel qu'on l'avait conçu jusqu'à présent; résultats anatomiques, adhérences avec le sac, ou épaississement du sac sans adhérences; traitement essentiellement dirigé contre l'inflammation. Mais il ne sera pas inutile de revenir sur quelques-uns de ces points.

L'inflammation me paraît surtout avoir été aussi manifeste que possible dans cette derrière observation; et l'on a vu qu'elle s'était propagée aux couches extérieures. John Hunter avait remarqué le premier, je pense, cette tendance de l'inflammation des séreuses à se propager vers la peau plutôt que vers les muqueuses; cependant il faut bien admettre que les tuniques les plus profondes de l'intestin y ont quelque part; la sécrétion surabondante des gaz, qui se retrouve dans la péritonite herniaire comme dans la péritonite générale, la constipation également propre aux deux affections, attestent que les tuniques muqueuse et musculeuse sont atteintes dans leur vitalité. Nos anatomo-pathologistes ne reconnaissent point là l'inflammation, parce qu'elle est trop légère pour laisser des traces visibles sur le cadavre; mais cela prouve seulement que, pour être aperçue dans toutes ses nuances, l'inflammation a besoin d'être étudiée avant tout sur le vivant (1).

Il ne faut pas toutefois dissimuler les objections que peut soulever une telle manière de voir; et la première se tirera sans doute de la légèreté, de la fugacité de ces petites coliques herniaires qui sont pour moi la péritonite au premier degré. A quoi je répondrai, par analogie d'abord, que beaucoup d'adhérences pleurales, témoignage non équivoque de l'inflammation adhésive, se rencontrent chez des sujets qui n'ont eu dans leur vie que de ces douleurs légères et fugitives connues sous le nom de points de côté; puis par une preuve plus directe, qu'un très-grand nombre d'adhérences de l'épiploon avec le sac se rencontrent également chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé d'accidents durables du côté de la hernie.

Mais si c'est une inflammation, comment la simple réduction de la hernie suffit-elle dans une foule de cas pour la faire disparaître? D'abord le fait est là qui répond pour lui-même; et l'objection n'est grave que pour ceux qui ne distinguent point les nuances si tranchées de l'inflammation, car ce même caractère d'une disparition si rapide ne se trouve-t-il point dans les coliques abdominales, dans les points de côté; et ne suffit-il pas également pour dissiper quelquefois une douleur pleurale, de se coucher sur l'autre côté, ou de changer les rapports de la plèvre par une large inspiration?

La seule objection d'une réelle valeur, c'est que le plus souvent la preuve directe de l'autopsie manque, et que nombre de fois ces coliques dans la hernie, ces phénomènes que je rattache à l'inflammation n'amènent point ce résultat nécessaire à la preuve, les adhérences. Je conviens facilement de ceci; et si quelque moyen de démonstration plus directe se fût présenté à mon esprit, je me serais bien gardé de présenter aux chirurgiens une théorie dont je n'aurais pas encore rassemblé toutes les preuves possibles. Mais en constatant cette lacune, il m'a paru qu'elle tenait à la nature du sujet même; que les preuves directes, par l'autopsie, existant pour les hernies épiploïques, il n'était pas téméraire de conclure pour les entérocèles, et qu'il fallait seulement rechercher pourquoi ici l'adhésion n'avait point lieu. Peut-être la raison en est-elle que les adhérences, pour se produire, ont besoin d'un contacte prolongé des parties; que ce contact se rencontre bien plus aisément dans l'épiplocèle que dans l'entérocèle; les intestins, par leur mou-

---

(1) Je rappellerai ici avec une grande satisfaction, que M. Cruveilhier a reconnu cette extension de l'inflammation adhésive de la plèvre et du péritoine aux couches musculeuses et superficielles, et que beaucoup de ces lésions inflammatoires musculaires, connues sous le nom de pleurodynie, rhumatisme des parois abdominales, ont été par lui rattachées à leur véritable cause, la pleurésie ou la péritonite adhésive sous-jacente.

vement péristaltique, par leur variation de distension, ne restant pas aussi bien en contact avec les mêmes points du sac herniaire. On dirait vraiment que la lymphe plastique qui est alors sécrétée, dispersée par ces frottements continus, descend alors par son propre poids vers le fond du sac herniaire, et que si elle ne trouve pas là quelque portion d'épiploon à coller au sac, elle demeure du moins elle-même collée à celui-ci qu'elle épaissit et auquel elle est intimement incorporée; et je ne vois guère d'autre explication à ces épaississements avec ou sans brides, que nous avons si souvent notés vers le fond du sac.

Du reste, les adhérences des intestins ne sont pas absolument rares, bien que celles de l'épiploon soient infiniment plus communes. On a vu les intestins adhérents au sac; on les a vus adhérents entre eux, bien qu'isolés du sac lui-même; et ces faits sont trop connus dans la science pour qu'il soit besoin d'en citer d'autres à l'appui. Alors on était bien obligé de reconnaître l'inflammation à ses résultats; et, chose singulière, nous avions donc en anatomie pathologique une maladie assez fréquente, la péritonite herniaire adhésive, qui manquait dans le cadre nosologique. Vous pouvez feuilleter tous les traités des hernies, vous y trouverez inévitablement un long chapitre sur les adhérences, mais considérées comme complications; quant à leurs causes, tantôt on n'en parle pas, ou bien on leur en assigne de tout à fait hypothétiques; ou enfin les auteurs les plus avancés accusent l'inflammation adhésive et la lymphe coagulable; mais de l'origine, mais des symptômes, mais du traitement de cette inflammation qui tout au moins est la source d'une complication si grave, vous en chercheriez en vain le premier mot, tant, malgré les leçons et l'exemple de John Hunter, nous avons négligé l'étude des causes, qui seule cependant peut faire de la chirurgie une science; tant nous sommes restés préoccupés du côté purement mécanique de l'art!

Or, outre cet inconvénient si grave de prendre une affection pour une autre, et d'errer dans le traitement comme dans le diagnostic, il est résulté de la négligence des chirurgiens sur cette matière une autre conséquence, qui ne manque pas non plus de gravité; c'est qu'ils n'ont pas profité de la présence de l'inflammation adhésive, dans les cas où tout péril étant mis de côté, on pouvait la faire servir à la guérison du malade. Je m'explique. Dans certains cas où le canal inguinal, par exemple, a conservé toute sa longueur, une hernie peut sortir et devenir irréductible, soit par une simple inflammation adhésive, soit par un étranglement réel; et dans cet étranglement même, dût-il amener la gangrène, on sait qu'une inflammation adhésive tend à réunir les deux bouts de l'anse intestinale au collet du sac. Dès 1838, j'avais annoncé dans mon *Anatomie chirurgicale* (t. II, p. 224), que lorsqu'on avait réduit une hernie étranglée, si l'on tenait le malade au lit une quinzaine de jours avec une pression suffisante sur le canal, on pouvait espérer d'y obtenir des adhérences intimes et complètes. J'en avais déjà fait l'expérience; et, bien que l'observation suivante semble au premier abord nous écarter de notre sujet, j'ai pensé qu'elle pouvait trouver ici sa place, comme présentant sous une autre face et complétant en quelque sorte l'histoire de la péritonite herniaire adhésive.

Obs. XIV.—*Hernie inguinale simulant l'étranglement; réduction; oblitération du canal à l'aide de la pression et de l'inflammation adhésive.* — Pierre Cailleux, âgé de 21 ans, charcutier, de formes vigoureuses, muscles fermes et bien développés, fut apporté le 21 septembre 1837, à minuit, dans le service de M. Richerand, que je remplaçais à cette époque. Il avait une hernie inguinale étranglée sur laquelle il donna les détails suivants.

Jusqu'à l'âge de 16 ans, le testicule gauche n'était point descendu dans le scrotum. Un jour, en hachant de la viande, le malade sentit le scrotum se distendre; à l'instant survinrent de vives coliques; il se coucha, et en vingt minutes la tumeur et les coliques disparurent. Deux mois après, sortant de table, nouvelle tumeur, nouvelles coliques; il vomit son dîner, se coucha, et la tumeur rentra encore. Une troisième fois, il y a six semaines, comme il balayait, tous ces phénomènes se reproduisirent, y compris les vomissements; il se coucha; mais la réduction ne se fit qu'au bout de cinq quarts d'heure. Du reste, bien d'autres fois la tumeur s'était montrée et avait disparu sans douleurs; de temps en temps aussi le testicule descendait au niveau de l'anneau inguinal, puis remontait dans le canal; le malade ne savait pas ce que c'était : jamais il n'avait ouï parler de hernie, et ne s'en inquiétait pas autrement.

Donc, le 21 septembre, il avait fait dans la journée un effort assez considérable pour soulever un poids d'environ vingt-cinq kilogrammes, sans ressentir aucune douleur. Le soir, après avoir dîné, en se promenant dans sa cuisine, il sentit un léger gonflement dans le côté gauche du scrotum, avec un peu de douleur, et alla se coucher; mais la tumeur grossit, devint extrêmement dure; il vomit son dîner d'abord, puis des matières bilieuses, puis l'eau de tilleul qu'on lui faisait prendre, pensant avoir affaire à une indigestion. Moins de deux heures après les premiers symptômes, il ressentit dans tout l'abdomen des douleurs telles qu'elles l'obligeaient à se rouler dans son lit. Un médecin appelé reconnut une hernie et l'envoya à Saint-Louis. Là l'interne de garde se contenta de lui appliquer un cataplasme froid sur la tumeur; on lui donna de la tisane commune, qu'il vomit aussitôt.

Le matin, à la visite, il était dans l'état suivant : Le côté gauche du scrotum était rempli par une tumeur piriforme assez volumineuse, offrant dix-huit centimètres de circonférence vers sa base, aboutissant par son sommet à l'anneau inguinal, subissant dans ce point un rétrécissement sensible à l'œil, et contenue avec une autre tumeur moins volumineuse, qui suivait le trajet du canal inguinal. Cette double tumeur était dure, tendue, élastique par en haut comme une vessie remplie de gaz; plus bas elle était un peu molle comme si elle avait contenu du liquide. La peau était rouge, tendue, douloureuse à la moindre pression; lorsqu'on pressait la tumeur inférieure, on voyait se renfler la tumeur du canal; d'ailleurs la tension était égale, et l'on ne pouvait trouver le testicule.

Quant aux phénomènes de réaction, la soif était vive, la langue sèche, recouverte d'un enduit blanchâtre, un peu rouge à sa pointe; toute ingestion de liquides était suivie de vomissements; depuis la veille le malade n'avait pas été à la selle. Les douleurs très-vives et augmentant à la pression de la tumeur, s'étendaient de ce point dans l'aine et vers l'ombilic, sans parvenir jusqu'à l'épigastre. La face était pâle, les lèvres violacées, les traits tirés et exprimant la douleur; la respiration accélérée, la voix déjà affaiblie, le pouls fort, développé, à 80 pulsations.

M. Richerand fit un simulacre de taxis qui ne dura pas une minute, et m'engagea à faire l'opération. Je lui demandai la permission de tenter quelques moyens encore, ce qu'il m'accorda d'un air peu confiant dans le succès; en conséquence, immédiatement je fis faire une large saignée de six palettes, je fis placer en même temps sur la tumeur un cataplasme froid; et une heure plus tard, après la visite faite, je procédai au taxis.

La saignée avait visiblement détendu la peau du scrotum; mais la tumeur était, du reste, dans le même état. Le taxis fut continué sans relâche par mes élèves et par moi durant trois quarts d'heure; des gargouillements indiquaient la présence de gaz et de liquides, qui refluaient dans le canal sans rentrer dans l'abdomen; et, dans ces manœuvres très-douloureuses, une douleur spéciale révéla la présence du testicule en arrière de la hernie, et à quelques millimètres au-dessous de l'anneau inguinal. Enfin, après l'espace de temps indiqué, sans qu'aucun signe nous eût avertis de l'instant précis de la réduction, il se trouva que l'anneau et le canal étaient libres; la pression ne déterminait plus de douleur que vis-à-vis le testicule; il n'y avait plus non plus de gargouillements; seulement ce qui nous tenait en doute était une sorte d'empâtement qui occupait toute la longueur du cordon, et la persistance, au fond du scrotum, d'un reste de la tumeur qui avait encore treize centimètres de circonférence. Cependant, tout bien considéré, je conclus que la réduction était faite, et que ce qui restait n'était qu'une hydrocèle sans communication avec le sac herniaire; les douleurs abdominales avaient disparu, la face était calme. Je voulus profiter, pour la cure radicale, de l'irritation développée dans le sac herniaire, et j'appliquai sur le canal un bandage anglais qui fut bien supporté. En même temps, pour rétablir les selles, je prescrivis une bouteille d'eau de Sedlitz et un lavement avec deux gros de tabac, qui amenèrent deux selles dans la journée.

Il n'y eut pas la moindre trace de fièvre; mais le lendemain le scrotum était tuméfié et un peu rouge; le cordon un peu tuméfié; il en résulta qu'au bout de trois jours la pelote avait légèrement excorié la peau, et qu'il fallut la reporter plus en dehors.

Le jeudi suivant, le bandage ôté, je fis lever et tousser le malade; rien ne se montra ni dans l'anneau, ni le long du canal. Il ne restait en tout que le gonflement indolent du cordon, et la tumeur inférieure du scrotum, semi-transparente, et qui fut reconnue pour une hydrocèle.

Le 2 octobre, M. Jobert, ayant repris le service, opéra l'hydrocèle par incision; il en sortit environ six onces de sérosité transparente; et l'on vit alors qu'une portion d'épiploon du volume d'une noix occupait la partie supérieure de la tunique vaginale, adhérant à la partie antérieure du testicule; la tunique l'accompagnait jusqu'à l'anneau où elle était oblitérée et bouchée par l'épiploon comme par un bouchon serré et adhérent de tous côtés. Quelques accidents locaux suivirent l'opération, et retardèrent la cicatrisation jusqu'à la fin d'octobre. Le malade vint me voir, après sa sortie, dans le courant de décembre; la guérison de la hernie paraissait radicale; cependant on lui avait conseillé de porter quelque temps un bandage, précaution que j'approuvai entièrement.

Il ne faudrait pas sans doute compter toujours sur un tel succès; et, par exemple, j'ai vainement essayé le même moyen dans des cas où le canal était notablement dilaté; bien moins encore réussirait-on lorsqu'il a disparu et que les deux orifices sont confondus ensemble. D'où vient cependant cette difficulté? Car lorsqu'on procure une inflammation adhésive artificielle dans ces mêmes sacs herniaires par le procédé de M. Bonnet, par exemple, on ne manque jamais d'obtenir un grand épanchement de lymphe et des adhérences assez solides pour maintenir au moins quelques temps une cure apparente. Il est probable que l'inflammation qui suit l'étranglement n'est pas assez forte pour déterminer des adhérences sur des surfaces bien étendues; je dirai même qu'en parlant tout à l'heure d'adhérences le long du canal, j'écrivais plutôt sous la dictée de la théorie que du fait; et tous les faits connus jusqu'à ce jour, qu'ils proviennent de mes propres dissections ou de celles des autres, paraissant unanimes à attester que la guérison des hernies obtenues par le repos, par l'effet du bandage, en un mot, sans opération sanglante, se font par un resserrement et une oblitération limités d'abord au collet du sac.

Mais si la lymphe épanchée est d'ordinaire en si petite quantité, n'y a-t-il pas des cas où elle est sécrétée en surabondance, sans cependant revêtir les caractères du pus? Question justifiée par de nombreuses analogies, et notamment par l'exemple de la tunique vaginale dans la chaudepisse tombée dans les bourses. Les faits jusqu'à présent ne me permettent pas d'y répondre. Il y a bien des cas nombreux de hernies étranglées, et cela se voit surtout dans les hernies crurales, où le sac est distendu par une sérosité abondante, quelquefois limpide, souvent sanguinolente, très-rarement mêlée de pus. Mais précisément ces cas me paraissent rentrer dans la catégorie des véritables étranglements avec inflammation en masse des viscères herniés; la supersécrétion de la séreuse n'est qu'un phénomène secondaire, comme peut-être l'irritation de la tunique vaginale, dans la chaudepisse tombée dans les bourses, est secondaire à l'épididymite ou à l'orchite. Mais lorsque la péritonite herniaire est bien tranchée, je n'ai pas pu jusqu'à présent constater la présence d'une sérosité abondante, ni sur le vivant, après avoir réduit la hernie, ni sur le cadavre; et dans les observations que j'ai recueillies des auteurs, il est rare qu'il en soit autrement. Il est arrivé trop souvent qu'on a tenté dans ces cas

des opérations bien déplorables ; et alors tantôt on a trouvé la hernie sèche, ou presque sèche, ou bien le sac rempli d'une sérosité purulente (1). J'ai vu, à une époque où mes idées n'étaient point fixées comme le son aujourd'hui, un malheureux soumis à l'opération pour une hernie sans étranglement réel ; la hernie fut trouvée sèche ; le malade succomba le lendemain. J'ai eu sous les yeux des pièces pathologiques provenant d'un malade chez lequel on était parvenu par le taxis à faire rentrer une grosse hernie ; il avait également succombé dans les vingt-quatre heures, et ni le sac herniaire ni le péritoine n'offraient de collection séreuse. Une fois seulement j'ai vu mourir sans pouvoir lui porter secours en aucune manière, un vieillard atteint d'une péritonite herniaire ; l'inflammation avait suivi librement sa marche, sans être contrariée et précipitée ni par le taxis, ni par l'opération ; et l'on va voir que la péritonite était de nature suppurative.

Obs. XV. — *Entérocèle énorme simulant l'étranglement ; mort. — Nul étranglement ; péritonite suppurative de la hernie.* — Le 18 juillet 1840, entra dans mon service, à Bicêtre, le nommé Leroy, âgé de 79 ans, pour une énorme hernie inguinale du côté gauche. A en croire le malade, elle ne datait que de trois ans, et avait eu pour cause déterminante un coup de pied de cheval reçu dans l'aine de ce côté. Il n'avait point voulu s'astreindre à porter bandage ; aussi la hernie avait pris rapidement un très-grand volume, et il la soutenait seulement avec un suspensoire qu'il s'était fait lui-même. Il était toujours maître, à ce qu'il assure, de la faire rentrer en entier, mais il la laissait habituellement en dehors.

Le 16 juillet, notre malade, gros mangeur d'habitude, s'était largement repu de viande en boulettes. Il n'éprouva cependant, ce jour-là, rien d'extraordinaire ; le lendemain seulement sa hernie commença à se tuméfier ; le 18, au matin, d'assez vives douleurs se firent sentir dans l'abdomen, et à son entrée il était dans l'état suivant :

Le scrotum, énormément distendu, présente à peu près la forme d'une grosse vessie de porc insufflée, et n'a guère moins de volume. Mesuré horizontalement dans sa plus grande largeur, il donne une circonférence de soixante-deux centimètres ; de l'anneau jusqu'au bas de la tumeur, on trouve environ vingt-huit centimètres en ligne directe ; de l'anneau jusqu'au périnée, en longeant la plus grande courbe de la tumeur, cinquante-huit centimètres. L'orifice du prépuce se voyait à peu près à moitié de la hauteur totale ; le gland et la verge profondément submergés. La peau, vers le bas de la tumeur, était d'une teinte rougeâtre, revenant insensiblement vers le haut à sa coloration normale ; dans cette zône rougeâtre, elle offrait manifestement moins de chaleur au toucher. A la percussion, elle rendait un son mat dans plusieurs points, notamment vers le bas ; clair et sonore partout ailleurs. Néanmoins la tumeur était partout également tendue, et aucune bosselure ou saillie appréciable ne distinguait les points mats des endroits sonores. Chose bien remarquable, la tumeur paraissait indolore au toucher, et même à la percussion.

Tout au contraire le ventre, médiocrement ballonné, et rendant presque partout un son clair à la percussion, paraissait sous la pression extrêmement sensible. Depuis le 16 il n'y avait pas eu de selles. Le malade affaissé demeurait couché sur le dos. La respiration était fréquente, gênée ; l'auscultation faisait entendre du râle muqueux. La peau était généralement fraîche, mais froide outre mesure aux pieds et aux mains. Le pouls très-petit, fréquent, régulier, donnait 120 battements par minute.

Je diagnostiquai une inflammation du péritoine herniaire, avec extension au péritoine abdominal ; et, n'osant tenter aucune émission sanguine à raison de l'affaissement du malade, je prescrivis un lavement au sulfate de soude, qui fut rendu presque aussitôt sans amener de matières. Diète obsolue, limonade pour boisson.

Dans la journée, la soif devint vive, le malade demandait fréquemment à boire ; et par suite il eut quelques vomissements. Les urines étaient rendues comme à l'ordinaire.

Le 19, le gonflement du scrotum paraît avoir encore augmenté. — Une bouteille d'eau de Sedlitz avec double dose du sel. — Dans la journée il y eut quelques vomissements, mais pas de selles.

Le 20, même état ; les vomissements n'ayant pas été plus répétés, et consistant purement en matières aqueuses, je donne une nouvelle bouteille d'eau de Sedlitz. Elle ne procura pas plus de selles ; et à dater de ce jour les vomissements prirent une teinte brunâtre et l'odeur fade des matières intestinales.

Le 21, l'affaissement va en croissant ; les efforts de vomissements épuisent le malade. — Potion calmante à prendre par cuillerées. — Les vomissements continuèrent, et le malade succomba à 5 heures du soir.

Il fut ouvert le lendemain à sept heures du soir. Dès le matin presque toute la peau qui recouvrait la tumeur avait pris une couleur bleue livide. J'ouvris le sac par une grande incision verticale qui remontait à deux centimètres au-dessous de l'anneau ; il s'en écoula aussitôt une énorme quantité d'un liquide séro-purulent, fétide, rassemblé dans la partie inférieure du sac, et qui en avait rempli au moins la moitié. Les viscères herniés se trouvaient donc à la partie supérieure ; ils consistaient en une masse d'intestins ramassés en bloc, toutes les circonvolutions réunies par de fausses membranes, et une fausse membrane générale enveloppant toute la

(1) On lit cependant dans une note d'A. Key au Traité des hernies de sir A. Cooper (V. la trad. française, p. 270), une observation communiquée par M. South, dans laquelle, à l'ouverture du sac, il s'écoula au moins deux onces de sérosité ; mais j'aurais désiré quelques détails sur la nature de cette sérosité. Du reste, pour le dire en passant, c'est là encore un de ces cas où, de l'aveu même de l'opérateur, il semblait qu'aucune constriction n'avait existé. Les mots il semblait sont assurément de trop ; avant l'opération, on réduisait tout ce qui n'était pas retenu par des adhérences au sac herniaire ; on avait donné le sulfate de magnésie par la bouche, et il y avait eu des selles, dont une le jour même de l'opération ! Heureusement cette fois l'opéré n'a pas succombé.

masse; une autre fausse membrane tapissait la partie inférieure du sac.

Sans déranger en rien ces intestins, je glissai le doigt entre eux et la partie supérieure du sac. Le doigt pénétra largement dans le ventre; j'en glissai un second à côte; tous les deux tenaient à l'aise dans l'anneau, occupé en même temps par la hernie; de telle sorte que bien évidemment on ne pouvait ici accuser nul étranglement. Totefois, en portant la pulpe de l'index contre le rebord extérieur de l'anneau, je sentis comme une ligne circulaire plus résistante que le reste. Cela m'étonna d'un anneau aussi dilaté; j'examinai donc avec soin, et je trouvai que bien que les deux anneaux fussent confondus en un seul, leur dilatation était si grande et leur circonférence si flasque que nulle part en soulevant celle-ci elle ne donnait la sensation d'une corde tendue; et la saillie très-mince et comme linéaire que j'avais sentie tenait à un léger épaississement semi-circulaire de l'orifice du sac en haut et en avant; rien de semblable n'avait lieu en bas et en arrière. Après avoir entièrement divisé les tissus fibreux qui recouvraient cette portion du sac, la même saillie résistante se faisait encore sentir.

L'intestin hernié était formé par une anse très-étendue de l'iléon, avec la presque totalité du cœcum, qui avait été ainsi attiré fort loin de sa place ordinaire, et qui dans ce trajet s'était fait une sorte de mésentère; il n'y avait pas d'épiploon. Dépouillés de leurs fausses membranes, ces intestins présentaient à l'extérieur une couleur rouge brunâtre; ils furent ouverts dans toute leur étendue, et l'on ne trouva, *même dans le cœcum*, que du mucus intestinal épais, gluant, d'une teinte blanc grisâtre. Leurs parois, denses et solides, avaient une épaisseur de plus de trois millimètres; les valvules de l'iléon, fort épaissies, étaient d'un rouge noir très-vif. Le sac était à peine un peu épaissi dans sa partie la plus inférieure. La tunique vaginale, fort distincte au dessous de lui, était tout à fait à l'état normal.

Dans l'abdomen, le péritoine parut absolument sain, sans rougeurs ni épanchement de sérosité tant soit peu anormale. Le petit intestin, ouvert dans toute sa longueur, était distendu par des gaz, et contenait en outre du mucus intestinal beaucoup plus liquide que celui de l'anse herniée, et ressemblant à de la sérosité jaunâtre. Le colon était à demi rempli de matières fécales, molles, brunes, mais bien liées, et sortant à la pression comme par bouchées. Les autres viscères ne furent point examinés.

Cette observation est fertile en enseignements. D'abord c'étaient bien là les caractères de l'engouement, et toutes les conditions requises pour l'engouement existaient bien: hernie énorme, purement intestinale, et avec une portion du gros intestin. Le malade meurt, et à l'autopsie, loin de trouver une accumulation de matières dures, il n'en existe point, même dans le cœcum; et au total, les intestins herniés contiennent un peu moins de matières intestinales que ceux qui sont restés dans le ventre. Deuxièmement, on voit l'inflammation adhésive qui a passé à la période suppurative; dès-lors les intestins sont éloignés du sac par la sérosité purulente; et peut-être est-ce ainsi que se produisent les adhérences des intestins entre eux sans union avec le sac herniaire. A peine est-il nécessaire de répéter que l'anneau était trop dilaté pour produire un étranglement réel; mais à cette occasion je ne dois pas omettre une importante remarque. J'ai vu des opérateurs, et des plus habiles, diviser peu à peu l'anneau externe, puis toute l'étendue du canal, et faire remarquer à chaque coup de bistouri que les deux bouts de l'intestin se gonflent à mesure et semblent toujours trop à l'étroit; d'où ils tiraient cette double conséquence, qu'il y avait donc un étranglement, et que cet étranglement était bien serré, puisqu'il exigeait des débridements successifs aussi nombreux. Il est à remarquer que ce phénomène est précisément le plus prononcé dans les cas où il n'y a pas d'étranglement, où il n'y a qu'une péritonite herniaire accompagnée d'une supersécrétion de gaz et dans la hernie et dans le bout intestinal supérieur. Même sur le cadavre, si vous faites une médiocre incision sur un abdomen météorisé, assez longue toutefois pour livrer issue à une petite anse d'intestin, si vous augmentez ensuite peu à peu votre incision, ou bien il sortira un peu plus d'intestin, ou bien l'anse herniée se dilatera à mesure que vos incisions lui donneront de l'espace, attendu que les gaz comprimés dans l'abdomen se dégageront par l'issue ouverte. Plus l'étranglement est serré, comme dans les hernies inguinales marronnées, comme dans les petites hernies crurales, et moins vous avez à craindre ce déploiement subit de la hernie, qui demeure tout à fait isolée de l'abdomen jusqu'à ce que vous ayez divisé le véritable cercle constricteur.

Enfin, on a vu comment, n'osant recourir aux émissions sanguines sur un vieillard épuisé, j'avais tenté les purgatifs salins tant prônés par l'Académie royale de chirurgie. Sans doute on ne saurait exiger d'une méthode thérapeutique qu'elle réussisse toujours, même dans les cas désespérés; et dès le commencement notre malade ne m'avait laissé que bien peu d'espoir, attendu son extrême affaissement, et attendu aussi l'énorme surface sur laquelle se déployait l'inflammation, qui équivalait presque à une péritonite générale. Mais le fait est que l'eau de Sedlitz n'a produit aucun bon résultat.

Le lecteur aura dû être frappé aussi de la lenteur et du peu d'intensité des phénomènes locaux et de la réaction abdominale; ce grand phénomène de l'affaissement général a dominé et comme effacé tous les autres. C'est une variété de symptômes toute différente de celles que nous avons étudiées dans les observations 11, 12 et 13. Il ne faudrait pas croire que la nature ou plutôt le degré différent de l'inflammation y fût pour quelque chose; on lit dans le mémoire de Macfarlane sur les hernies épiploïques le cas d'une péritonite suppurative dans un épiplocèle, qui s'accompagna de vomissements fréquents, de hoquet, avec anxiété de la face, sécheresse de la langue, accélération du pouls; on opéra; le sac contenait huit onces de pus épais, que des adhérences récentes au collet du sac avaient empêché de refluer vers l'abdomen. L'opérateur détruisit ces adhérences, ce qui n'est pas assurément fort

rationnel; mais il était préoccupé de l'idée de l'étranglement; il eut au moins la satisfaction de se convaincre, en introduisant facilement le doigt dans l'abdomen, qu'il n'y avait eu d'étranglement d'aucune espèce (1). Le malade échappa à l'opération, plus heureux qu'un autre malade dont l'histoire se lit dans le même mémoire, et qui mourut quarante-huit heures après.

Pour résumer maintenant les résultats de mes recherches, je dis donc :

1° Que dans toutes les hernies intestinales anciennes, volumineuses, qui n'ont jamais été contenues par un bandage, ou pour lesquelles le bandage a été depuis longtemps délaissé, il n'y a pas d'étranglement réel, l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie. Ce fait général ressort de toutes les observations que j'ai pu faire, soit sur le vivant, soit sur le cadavre; et je n'y ai point encore trouvé d'exception.

2° Que dans les épiplocèles purs, de quelque volume qu'ils soient, le plus souvent c'est une péritonite adhésive ou suppurative qui a lieu; et que la réalité de l'étranglement que je ne veux point nier, quant à présent, d'une manière absolue, reste cependant tout entière à démontrer. Je ne saurais, à cette occasion, m'empêcher de faire remarquer l'inconséquence de divers chirurgiens, qui opéraient pour détruire un prétendu étranglement dans l'épiplocèle, et qui, trouvant l'épiploon altéré, le soumettaient à la ligature, c'est-à-dire, à un étranglement dix fois plus énergique que celui pour lequel ils avaient fait l'opération.

3° Et conséquemment que, dans ces deux cas bien spécifiés, l'opération est toujours irrationnelle, et doit être désormais abandonnée par les chirurgiens.

On pourra élever des difficultés touchant l'application; mais je répondrai d'abord que, pour les hernies intestinales avec ou sans épiploon, qui se trouveront dans les conditions requises, je n'admets aucune exception. Les exceptions se présenteront seulement dans les cas où les hernies, moins anciennes ou moins volumineuses, laisseront craindre quelque complication d'étranglement surajouté à la péritonite; mais ces cas seront l'objet d'un autre travail. Une autre objection, bien plus réelle, a trait aux épiplocèles; car lorsqu'ils seront d'un volume médiocre ou même fort exigu, comment s'assurera-t-on que, sous l'épiploon, il n'y a pas quelque anse intestinale? A quoi je répondrai que pour peu qu'il ait une anse complète, on parviendra généralement à la reconnaître, à l'aide de la percussion plessimétrique, cette importante ressource de diagnostic dont M. Piorry a enrichi la science; et que s'il n'y a qu'une portion du calibre de l'intestin qui soit pincée dans la hernie, de telle sorte que le plessimètre soit impuissant à la découvrir, mieux vaut encore agir comme s'il n'y avait qu'une inflammation simple, et courir même le risque d'une petite gangrène de l'intestin; la fistule stercorale qui en résultera sera toujours beaucoup moins redoutable que l'opération même.

Peut-être dans tout ce que j'ai avancé jusqu'à présent, ce dernier précepte paraîtra-t-il de beaucoup le plus téméraire. J'ai donc été extrêmement heureux d'apprendre que j'avais été devancé dans son application par un chirurgien qu'on n'a jamais accusé de témérité, mais qui, à force d'expérience et de prudence, est plus d'une fois arrivé dans sa pratique aux plus hardies innovations. J'accepte volontiers les autorités de cette sorte; et dans cette circonstance, je le répète, je m'estime fort heureux de pouvoir m'appuyer de l'autorité de M. Marjolin.

Mais quelles sont cependant les indications réelles et les moyens de les remplir? Avant tout, il importe de s'assurer si la hernie rentrait en partie ou en totalité avant l'accident, et si encore, le malade pouvant la faire rentrer, il pouvait la garder dans l'abdomen sans gêne et sans douleurs, car dans ce dernier cas, il faudrait bien se garder d'opérer le taxis; on risquerait en réussissant d'amener une mort prompte et inattendue. J'ai mentionné plus haut un cas de ce genre dont j'avais presque été le témoin; et ce fait n'est pas isolé dans la science. Il suffit même qu'une hernie ait dépassé un certain volume pour que je m'abstienne de tenter aucun effort de taxis.

Mais quand les circonstances sont favorables, et qu'on est appelé de bonne heure, avant que la peau du scrotum participe à l'inflammation, le taxis est le premier de tous les moyens. S'il ne reussit pas une première fois, on peut recouvrir la tumeur de cataplasmes, mettre le malade dans un bain, prescrire un lavement de tabac, puis revenir une deuxième fois au taxis; cette manière d'agir est fondée sur ce fait bien constaté, que souvent l'inflammation paraît le résultat du déplacement unique des viscères, et que leur réduction a suffi pour la dissiper. Mais je ne saurais recommander une trop grande douceur dans les manœuvres de réduction; que le chirurgien se souvienne qu'il a affaire, non plus à des organes *engoués*, mot désormais sans valeur et sans signification, mais à des organes enflammés, que des pressions sans règle et sans mesure peuvent facilement conduire à la gangrène; et s'il trouve trop de résistance, qu'il sache s'abstenir, car si le taxis échoue cette seconde fois, il y a bien plus de raisons pour qu'il échoue une troisième et une quatrième, en laissant toujours le mal pire qu'il n'était. Alors il ne faut plus s'occuper que de l'inflammation; lui opposant la position déclive, les cataplasmes tièdes ou froids, les sangsues au besoin; évitant les vomissements en épargnant les boissons; trompant la soif par des morceaux de glace, et même soutenant les forces par quelques cuillerées de bouillon. Ce traitement pourra et devra être varié selon les circonstances et suivant le genie du praticien; la chose capitale est de poser les indications.

Ces indications sont les mêmes pour l'épiplocèle que pour l'entérocèle, si ce n'est que l'épiplocèle permet généralement beaucoup plutôt de recourir à des boissons restaurantes et même à des aliments solides.

Lorsqu'enfin la période de déclin est venue pour l'inflammation, ce qui varie suivant son intensité

(1) Voir la traduction française d'A. Cooper, p. 394.

primitive, mais ce donc il est facile en général de s'assurer par la diminution de la tumeur, et par le retour des téguments à leur flaccidité naturelle, alors il faut revenir au taxis. Pour l'entérocèle, le taxis a le double but d'empêcher les adhérences de s'établir, et de donner à l'intestin toute liberté d'accomplir ses fonctions, ce qu'il fait mieux dans l'abdomen que partout ailleurs, car, chose remarquable, et que l'on expliquera du reste comme on voudra, l'anse intestinale herniée demeure encore distendue par des gaz après que l'inflammation est passée, et oppose encore une résistance légère aux efforts de réduction. Dès qu'on l'a réduite, il semble que ces gaz s'éparpillent dans le reste du tube intestinal, que l'intestin sorte de son engourdissement, si je puis ainsi dire ; les selles se feraient naturellement, si l'on ne jugeait pas utile de les solliciter par un lavement laxatif. Mais aussitôt après cette réduction, on peut même laisser le malade sans bandage ; la hernie se représente au dehors, mais sans tension, sans douleur, sans résistance à une réduction nouvelle ; en un mot, tout est revenu à l'état normal.

Pour l'épiplocèle, le but unique est d'éviter des adhérences, bien plus promptes à s'établir ici que dans l'entérocèle, et qui, s'organisant de préférence vers le fond du sac, n'ont pas seulement cet inconvénient de s'opposer plus tard à la réduction, mais en maintenant le prédicule épiploïque dans l'anneau, tiennent la porte ouverte à une hernie intestinale, et rendent très-difficile l'application régulière et efficace des bandages. Aussi quand les premiers essais de réduction n'ont pas réussi, je traite la péritonite locale par les moyens ordinaires ; mais je me hâte bien plus que dans l'entérocèle de revenir au taxis.

Que si l'inflammation trop intense a passé à la période suppurative, il est bien remarquable qu'en générale des fausses membranes, des adhérences plus ou moins solides interceptent presque toujours la communication entre le grand péritoine et le sac herniaire. Celui-ci représente alors une sorte d'abcès enkysté qu'il fait ouvrir largement, comme un abcès, mais sans chercher ensuite à détruire ces adhérences bienfaisantes, et en laissant agir la nature. La même conduite est exigée dans les abcès de ce genre compliqués d'une fissure de l'intestin. Que si enfin l'inflammation était trop étendue pour céder au moyens indiqués, comme dans l'observation XV, il faudrait déplorer le cas comme désespéré, mais laisser du moins naturellement mourir le malade sans hâter sa fin par une opération que rien ne saurait justifier.

Nous avons vu déjà que trop souvent, en s'écartant de cette pratique, les chirurgiens ont à la fois compromis l'art et la vie des malades ; il resterait à faire voir ici que, d'autres fois, le hasard, le refus des malades, ou enfin l'expérience plus forte que les théories, ayant fait différer ou rejeter l'opération, le plus souvent on n'a eu qu'à s'en applaudir. Mais ce travail est déjà fort long, et n'emprunterait rien de nouveau à des faits purement confirmatifs ; et la sagacité du lecteur, éveillée désormais sur leur signification réelle, n'aura pas de peine à les retrouver.

(*Archives gén. de médecine*, oct. et nov.)

111. *Mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles;* par M. A. Bérard, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter un grand nombre de tumeurs érectiles. Je crois utile de faire connaître le résultat de mes études sur une maladie assez fréquente, généralement considérée comme dangereuse, dont l'anatomie pathologique n'est pas exposée d'une manière précise, et dont surtout le traitement n'est point encore assujetti à des règles bien fixes et appropriées aux divers cas.

Sous le nom de tumeur érectile, les chirurgiens désignent plusieurs productions accidentelles, congénitales ou acquises, qui offrent entre elles d'importantes différences ; tantôt la lésion porte sur les capillaires du tissu de la peau ; tantôt elle occupe les veinules du tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux ; tantôt enfin elle résulte de la dilatation simultanée de toutes les branches artérielles d'une région. Cette dernière forme de tumeur érectile, qui a été rencontrée à la tête par Pelletan, à l'avant-bras et à la main par M. Breschet, par moi à la cuisse, etc., est complétement étrangère à mon sujet, et je me bornerai à la simple mention que je viens d'en faire.

I.—La première espèce de tumeur érectile se manifeste ordinairement peu de jours après la naissance. Elle apparaît d'abord sous la forme d'une toute petite tache que les parents prennent souvent pour une morsure de puce. Cependant elle acquiert peu à peu un développement de plus en plus considérable. Sa base s'élargit, tandis que sa surface s'élève au-dessus du niveau de la peau. Sa teinte est d'un rouge vif, couleur de cerise. Les cris de l'enfant, les efforts auxquels il se livre lui donnent momentanément une rougeur plus foncée, et font augmenter son volume et sa tension.

On a dit que ces tumeurs offraient des pulsations isochrones à celles du cœur. Le plus grand nombre de celles que j'ai observées étaient sans battements, et, dans les cas très-rares où je les ai rencontrés, les tumeurs reposaient sur des artères dont le voisinage pouvait les ébranler. C'était en effet plutôt un soulèvement général qu'un mouvement d'expansion, que paraissaient éprouver les tumeurs.

L'accroissement des tumeurs érectiles est ordinairement rapide pendant les premiers mois de la vie ; on les voit acquérir le volume d'une cerise, d'une noix et même davantage. Parfois il semble y avoir des temps d'arrêt pendant lesquels la maladie demeure stationnaire, puis après plusieurs mois, quelquefois même une année, elle recommence à faire de nouveaux progrès. Cependant, cette espèce de tumeur érectile n'atteint guère des dimensions qui excèdent le volume d'un petit œuf, sans éprouver des changements dans sa forme et sa texture. Souvent même les changements dont nous allons parler se produisent avant que la maladie ait acquis plus de 2 à 3 centimètres d'étendue.

Voici en quoi consistent ces changements. Un des points les plus saillants de la tumeur, ordinairement celui qui répond à son centre, finit par s'ulcérer. Les vaisseaux, n'étant plus protégés par

la pellicule cutanée excessivement mince qui les recouvrait, laissent échapper une quantité de sang parfois assez considérable pour constituer une véritable hémorrhagie, et que l'on peut avoir de la peine à arrêter. Tous les auteurs signalent ces pertes de sang comme fréquentes, et les envisagent comme un des accidents les plus graves des tumeurs érectiles. Cependant, les enfants que j'ai vus n'ont, au dire des personnes qui les ont soignés, perdu qu'une petite quantité de sang à chaque fois que les tumeurs se sont ulcérées, et, dans tous les cas, l'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même, ou a été facile à comprimer à l'aide d'un simple pansement.

Une fois le travail d'ulcération commencé, il s'étend de proche en proche à une partie plus ou moins grande de la superficie de la tumeur. Une suppuration analogue à celle qui s'écoule d'un vésicatoire permanent s'établit dans les divers points ulcérés; le pus est fourni par une membrane granuleuse qui remplace les téguments et recouvre les vaisseaux. Ceux-ci cessent de recevoir du sang en aussi grande abondance; ils s'oblitèrent peu à peu, en sorte que la tumeur s'affaisse d'elle-même dans son centre; enfin, au bout de quelques jours, l'ulcère se cicatrise et le tissu de nouvelle formation, participant des propriété des membranes inodulaires, devient de moins en moins vasculaire, diminue d'étendue et augmente d'épaisseur.

Si l'on a alors occasion d'examiner une tumeur érectile, on constate les changements suivants : les parties qui ont été ulcérées sont blanches, enfoncées; autour d'elles existe encore le tissu érectile qui entoure la cicatrice, soit en anneau, soit en croissant, soit par points isolés, selon que les plaies qui ont suppuré sont centrales, ou près du bord de la tumeur, ou qu'elles l'ont sillonnée en plusieurs sens dans toute son étendue.

Lorsque l'ulcération s'est beaucoup étendue en profondeur, le tissu érectile sous-jacent à la cicatrice est ordinairement entièrement modifié; il en est de même lorsque la tumeur offre peu d'épaisseur; dans le cas contraire, la cicatrice repose sur du tissu qui offre encore les caractères du tissu érectile, et qui se continue avec celui qui est demeuré superficiel.

Quand une tumeur est un peu volumineuse, elle peut ainsi éprouver, à plusieurs reprises et dans différents points de sa surface, le même travail d'ulcération toujours suivi de l'oblitération des vaisseaux correspondants. Quelques-unes finissent par se flétrir entièrement, et la peau qui recouvre la région primitivement malade est blanche, épaisse, dure, comme le sont les cicatrices; d'autres, sans éprouver une modification aussi complète dans leur nature, cessent entièrement de faire des progrès; les places qui n'ont point été altérées par l'ulcération demeurent rouges, très-vasculaires, mais elles ne grossissent plus. Je connais plusieurs enfants qui sont dans ce cas, et chez lesquels la maladie n'a fait aucun progrès depuis plusieurs années.

D'autres fois, les vaisseaux s'oblitèrent peu à peu, sans que la surface de la tumeur se soit ulcérée. La maladie disparaît entièrement et la peau ne présente absolument aucun vestige de l'affection dont elle a été le siége. Des exemples de ce genre de guérison sont rapportés par M. Allier fils, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 6e année, p, 189, et par Wat, dans le journal *L'Expérience*, t. 4, p. 250.

Enfin, dans des cas que je crois plus rares que ne l'indiquent les auteurs, la tumeur continuant à prendre de l'accroissement, finit par jeter des racines profondes et par acquérir de grandes dimensions. C'est alors qu'on a lieu de redouter les hémorrhagies qui résultent de l'énorme distention des enveloppes de la tumeur, et des ulcérations qui parfois se produisent à sa surface.

Quelle est l'organisation intérieure de ces tumeurs ? Tous les auteurs s'accordent à dire que cette forme du tissu érectile est semblable à celle du tissu érectile normal, à celui des corps caverneux de la verge, par exemple, avec cette différence qu'il n'est pas enveloppé, ainsi que ce dernier, par une membrane fibreuse élastique. C'est à l'absence de cette enveloppe protectrice qu'on attribue la tendance du tissu érectile à s'accroître indéfiniment, Il est probable que, dans les premiers temps, l'analogie doit être fort grande entre les deux sortes de tissu érectile, le normal et l'accidentel; mais nous avons déjà dit quelles modifications subit ce dernier quand il a éprouvé une ou plusieurs inflammations. Je pense que le tissu est également modifié quand la tumeur acquiert un très-grand développement.

C'est ordinairement à la tête qu'on rencontre cette espèce de tumeur érectile. La peau du crâne, des tempes, des paupières, en est plus particulièrement le siége. Cependant, on les a vues dans presque toutes les autres régions. J'en ai observé au cou, à la poitrine, sur le ventre, à l'épaule, au bras, aux membres inférieurs.

Le plus souvent le nombre de ces tumeurs est unique; mais il n'est pas très-rare d'en voir deux et même davantage sur le même sujet. C'est, en général, lorsque les tumeurs sont multiples qu'il en existe sur le tronc ou les membres, et, dans ce cas même, il y en a ordinairement une à la tête.

C'est dans l'épaisseur même du derme que les tumeurs érectiles capillaires se développent et s'accroissent. Le tissu de cette membrane semble entièrement transformé en vaisseaux; et l'épiderme, qui seul sert d'enveloppe à la tumeur, est réduit à une extrême minceur. Lorsque la maladie s'étend en profondeur, elle gagne le tissu cellulaire sous-cutané; quelquefois alors la tumeur se prolonge sous la peau sans que cette membrane change de couleur, et sans que la tache dont elle est primitivement le siége augmente sensiblement.

II. — Les tumeurs érectiles veineuses se montrent tantôt dès le moment de la naissance, tantôt plus ou moins longtemps après cette époque. Elles prennent habituellement origine dans le tissu cellulaire, soit sous-cutané, soit sous-muqueux. C'est encore à la tête qu'elles ont leur siége de prédilection, et principalement dans l'épaisseur des lèvres et des joues. Les autres parois de la cavité orale sont quelquefois envahies par ces tumeurs. J'en ai assez souvent rencontré dans la langue, sur les gencives, la voûte palatine; enfin, j'ai vu un

malade qui en offrait jusque dans l'isthme du gosier et le pharynx.

Quel que soit le siége qu'elles occupent, les tumeurs veineuses présentent une teinte bleuâtre essentiellement différente de la couleur vive des tumeurs capillaires. Elles se gonflent et se colorent fortement pendant les cris, les efforts ; elles s'affaissent et se flétrissent lorsqu'on les comprime. Ces tumeurs acquièrent quelquefois un volume considérable. Leur base peut s'allonger et se rétrécir, en sorte qu'elles finissent par devenir pédiculées. J'en ai rencontré une qui égalait le volume d'un œuf de dinde, et qui était appendue à la lèvre supérieure par un prolongement applati qui n'avait pas plus d'un centimètre d'épaisseur et de 2 centimètres de largeur. Un grand nombre d'autres tumeurs de même nature, mais moins grosses et moins saillantes, recouvraient la joue et la moitié du nez de cette malade. J'ai également vu, sur un jeune homme dont une partie du visage était recouvert de tumeurs veineuses, l'une d'elles allongée et renflée dans son milieu, fixée au niveau de l'os de la pommette par son extrémité supérieure, tandis que l'inférieure pendait plus bas que le rebord de la mâchoire.

Les tumeurs veineuses sont moins sujettes que les tumeurs capillaires à s'ulcérer et à subir les transformations dont nous avons parlé. Aussi leur guérison spontanée est-elle peu fréquente. La rareté de leur ulcération spontanée les expose moins aux hémorrhagies; cependant elles n'en sont pas complétement à l'abri. J'ai vu un homme âgé d'une quarantaine d'années, qui portait une de ces tumeurs dans la lèvre inférieure, et qui m'a affirmé qu'il avait éprouvé un grand nombre de fois des pertes de sang considérables, dont la quantité pouvait, dans certains cas, être évaluée à deux litres. Ce malade ayant succombé à une pleuro-pneumonie, j'ai examiné l'organisation intérieure de la tumeur. Celle-ci ne s'est point gonflée par une injection très-pénétrante poussée dans l'artère carotide. L'injection veineuse fut tentée, mais elle réussit très-imparfaitement. Cependant je pus découvrir quelques veines un peu grosses qui se rendaient à la tumeur et se perdaient dans son épaisseur. La masse elle-même étant incisée offrait un tissu aréolaire. En râclant la surface de la coupe avec un scalpel, on en exprimait une bouillie sanguinolente analogue à celle qu'on obtient quand on soumet la rate à une semblable préparation. La trame qui restait offrait une foule de filaments lamelleux dont la réunion limitait des cavités canaliformes communiquant librement les unes avec les autres.

Je dois à l'obligeance de mon collègue M. A. Nelaton la description d'une tumeur érectile veineuse occupant la lèvre inférieure, et dont le malade fut débarrassé par l'extirpation. La masse était formée par des conduits d'apparence veineuse, du diamètre d'un quart de ligne au plus. Il était impossible de suivre un tronc et des ramifications analogues à celles que forment les veines à l'état normal. Chaque conduit, dépourvu de valvules, présentait des ouvertures latérales qui s'ouvraient dans d'autres conduits. Les parois en étaient lisses, extrêmement résistantes, comme fibreuses. Enfin, une injection poussée par un point quelconque de la tumeur refluait par toute la surface de la section.

La muqueuse buccale adhérait tellement à la surface de cette production morbide, qu'il fut impossible de l'en détacher. Il en était de même dans le cas que j'ai observé.

Les tumeurs veineuses situées dans l'épaisseur des joues ou des lèvres occupent ordinairement toute l'épaisseur de ces parties, et s'étendent depuis la peau jusqu'à la membrane muqueuse. Tout tissu, soit musculaire, soit adipeux, disparaît et se trouve remplacé par le tissu érectile.

Les tumeurs veineuses peuvent acquérir des dimensions très variées. Lorsque les premières années de la vie sont écoulées, elles demeurent en général stationnaires, et elles persistent alors indéfiniment, ne présentant d'autres variations de volume que celles qui résultent de l'influence passagère des efforts. Il paraît même la répétition fréquente de ces derniers n'entraîne pas un développement plus considérable de ces tumeurs. J'ai vu dans une verrerie un homme qui exerçait la pénible profession de souffleur de verre pour faire des bouteilles. Il portait à la joue une tumeur veineuse dont la distension était produite cent fois par jour, et qui, à chaque effort d'expiration, se gonflait au point d'atteindre le volume d'un œuf de poule ; cependant la maladie demeurait stationnaire depuis un grand nombre d'années.

III.—Le traitement des tumeurs érectiles a vivement excité la sollicitude des chirurgiens de notre époque, et tandis que nos devanciers ne connaissaient guère à opposer à cette maladie que la cautérisation avec le fer rouge, la ligature et l'excision, on a vu depuis quelques années surgir une foule de méthodes telles que l'incision, le séton, l'acupuncture, l'inoculation du vaccin, la déchirure des tissus, l'injection, la cautérisation avec la potasse ou le caustique de Vienne, la compression, la ligature des vaisseaux artériels, etc.

J'ai expérimenté plusieurs des traitements que je viens d'indiquer, et je dirai de suite qu'il n'en est aucun auquel il faille donner exclusivement la préférence. Pour bien fixer le jugement des praticiens à cet égard, il convient de rappeler ici que la guérison d'une tumeur érectile s'obtient de deux façons : tantôt en détruisant le tissu accidentel, tantôt en modifiant l'organisation de ce tissu, de telle sorte qu'il cesse d'offrir les caractères de vascularité qui le distinguent et qu'il se transforme en tissu cellulo-fibreux. Dans quelques cas, on atteint le but en combinant ces deux actions, de telle sorte qu'on détruit une partie de la tumeur, tandis qu'on opère la transformation de ce qui reste. Or, les procédés à l'aide desquels on obtient le premier mode de guérison peuvent convenir à certaines tumeurs, tout à fait superficielles et dont la destruction n'est suivie d'aucune perte de substance, d'aucune difformité, tandis que les seconds et les troisièmes sont applicables aux tumeurs étendues en profondeur, occupant, par exemple, toute l'épaisseur des joues ou des lèvres.

D'après la description que j'ai faite des deux espèces de tumeur érectile, il est facile de voir que la première méthode s'applique principalement aux

tumeurs capillaires. Or, de tous les moyens que l'art possède pour opérer la destruction de ces tumeurs, le meilleur, le plus sûr, le moins dangereux, le plus facile à mettre en usage, est, sans contredit, la cautérisation avec le caustique de Vienne. Depuis que j'y ai eu recours avec M. le professeur Trousseau, pour la première fois en 1838, dans un cas fort curieux, et que je rapporterai plus loin, je l'ai mis en usage plus de trente fois contre des tumeurs capillaires, et j'en ai constamment retiré les effets les plus avantageux. Je n'hésite donc point à le mettre au-dessus de tous les autres.

Voici comment il faut procéder à son application. La poudre de Vienne (composée de chaux et de potasse cautique), préparée d'après la nouvelle édition du Codex, est délayée peu à peu avec de l'alcool rectifié, et amenée à l'état d'une pâte molle, parfaitement liée et homogène. La région malade est disposée de telle sorte que la tumeur en soit la partie la plus élevée, afin que la pâte y soit plus facilement appliquée et qu'elle ait moins de tendance à glisser. S'il y a quelque organe important dans le voisinage, l'œil par exemple, il est bon de le protéger en le recouvrant d'un morceau de diachylon. Quelques personnes cernent dans tous les cas la tumeur avec cette substance emplastique, qui offre un trou dans le centre pour laisser passer seulement la partie qui doit être cautérisée. Cette précaution, très-rationnelle en apparence, peut laisser manquer le but; pour peu que l'emplâtre n'adhère pas parfaitement dans tous les points du contour de la tumeur, quelques parties de la pâte, plus molles ou délayées par le sang, peuvent glisser entre l'emplâtre et la peau voisine, et causer des ravages d'autant plus grands, que le diachylon cache à la vue des tissus que le caustique désorganise; c'est pourquoi je préfère ne mettre aucune plaque de sparadrap sur la peau au voisinage de la tumeur.

Si l'on a affaire à un enfant, il est important de le maintenir assujetti, afin que la pâte ne soit dérangée ni par les mouvements de la partie ni par les mains du malade.

La pâte est appliquée à l'aide d'une spatule ou d'un couteau. La largeur et l'épasseur de la couche varient selon le volume et l'étendue de la tumeur. En général, il suffit de recouvrir le tissu malade jusqu'à deux ou trois millimètres de sa circonférence exclusivement. La portion de tumeur que la pâte laisse à découvert n'en est pas moins cautérisée par suite d'une sorte d'imbibition de l'alcool potassié dans les tissus, ce qui étend son action à quelque distance du lieu où s'arrête le mélange caustique. Pendant que la pâte est appliquée, on voit quelquefois s'échapper un peu de sang qui passe à travers la couche du caustique, se coagule imparfaitement et tend à couler vers la circonférence de la tumeur, entraînant avec lui de la pâte délayée. Pour empêcher que la cautérisation ne soit, par suite de cet accident, étendue à des parties saines, il faut de suite enlever ce qui s'écoule à la circonférence à l'aide de la spatule ou de petits bourdonnets de coton. Il est rare que le sang vienne avec assez d'abondance pour entraîner la pâte avec lui. Cependant, si cet écoulement avait lieu, on devrait de suite enlever le caustique, dont l'action ne pourrait plus être convenablement dirigée. Le seul inconvénient qui en résulte est la production d'une escarre trop superficielle et la nécessité de recourir à de nouvelles cautérisations.

Au bout de cinq à dix minutes d'application, on ôte définitivement la pâte en passant legèrement le bord de la spatule sur l'escarre produite; et, pour ne laisser aucune parcelle de caustique, on lave la partie avec l'eau vinaigrée. L'acide acétique se combine avec les bases alcalines de la pâte de Vienne et forme des acétates sans action sur la peau.

Il arrive parfois, quelque soin que l'on prenne pour détacher le caustique, que la surface cautérisée s'entr'ouvre en quelques points et laisse de suite écouler du sang en assez grande abondance, pour qu'au premier abord on ait lieu de redouter une hémorrhagie. Mais je n'ai jamais vu cet accident devenir grave, et il m'a toujours été facile d'arrêter immediatement l'écoulement du sang, en plaçant sur l'escarre soit une plaque de diachylon, soit une compresse mouillée, et en exerçant à la surface une légère compression avec les doigts.

L'action du caustique ne paraît pas très-douloureuse; il survient, dans les instants qui suivent son application, une rougeur plus ou moins vive aux environs de la tumeur, accompagnée d'un léger gonflement. Ces symptômes disparaissent au bout de quelques heures, et voici alors ce que l'on observe : la tumeur érectile a entièrement perdu son aspect; elle est remplacée par une escarre bien moins élevée que n'était la masse morbide. Lorsque cette escarre est laissée exposée au contact de l'air, elle devient bientôt noire et très-dure; elle reste molle si on la tient couverte soit avec un corps gras, soit avec un morceau de diachylon. Son élimination est beaucoup moins prompte dans le premier cas que dans le second. Quand elle est enfin détachée, la surface qu'elle laisse à découvert est formée par des bourgeons vasculaires analogues à ceux des plaies qui suppurent.

Lorsque la tumeur est peu épaisse, une seule application de la pâte suffit pour la détruire en totalité; dans le cas contraire, la base du mal n'est pas comprise dans l'escarre, et l'on reconnaît, à travers la membrane des bourgeons vasculaires, la présence du tissu érectile à la couleur plus foncée, à l'aspect plus vasculaire des bourgeons charnus. Si la couche de tissu morbide semble peu épaisse, on peut l'abandonner à elle-même. A mesure que la cicatrisation s'opère on voit peu à peu les bourgeons s'affaisser, prendre une couleur vermeille, comme dans les plaies simples qui suppurent, et la simple application du nitrate d'argent suffit pour les réduire.

Mais pour peu que les restes de la tumeur semblent disposés à persister ou à prendre un nouvel accroissement, on doit faire une seconde application de la pâte de Vienne. Cette seconde cautérisation peut être faite dès que l'escarre est détachée et pendant que la plaie suppure, ou bien lorsque celle-ci est entièrement cicatrisée. Je préfère en général atteindre la guérison entière de la plaie, ce qui a lieu dans l'espace de quinze jours à trois semaines, pour faire une nouvelle cautérisation, à moins que ce qui reste de la tumeur ne fasse

de suite de rapides progrès dans sa reproduction.

A cela près de l'écoulement du sang dont j'ai parlé, je n'ai jamais vu d'accidents, soit primitifs, soit consécutifs, résulter de l'emploi du caustique de Vienne.

Lorsque la cure définitive est obtenue, il reste à la place de la tumeur érectile une cicatrice blanche, unie, un peu moins large que n'était la tumeur, et qui est de niveau avec les téguments voisins.

Un exemple pris au hasard, montrera combien est simple le traitement par le caustique de Vienne.

Tumeur érectile capillaire, placée au-devant du cou; trois applications du caustique de Vienne; guérison.

Obs. I. — Mademoiselle B..., âgée de six mois, me fut adressée par M. Duhamel. Cette enfant, bien portante, était affectée d'une tumeur érectile située au-devant du cou. Peu de temps après la naissance on avait remarqué à cette place une petite tache rouge qui avait été prise pour une morsure de puce. Cette tache s'était progressivement accrue en largeur et en hauteur. Son sommet s'était ulcéré à deux ou trois reprises; il en était résulté de la suppuration sans hémorrhagie, et ensuite un peu d'affaissement dans le point ulcéré. Quant au reste, il faisait des progrès extrêmement rapides, et lorsqu'on me présenta l'enfant la tumeur avait deux à trois centimètres de diamètre et plus d'un centimètre d'élévation. Du reste, on n'observait aucun battement.

Le caustique de Vienne fut appliqué d'après les préceptes tracés plus haut. Il resta environ six minutes en place. L'escarre parut assez profonde. La tumeur cesse de faire des progrès; les portions que le caustique n'a point immédiatement désorganisées sont plus dures qu'avant l'opération et ne se gonflent plus par les cris de l'enfant. La suppuration s'établit autour de l'escharre et à travers plusieurs points de son épaisseur. Sans attendre qu'elle soit entièrement détachée, je fis une seconde application du caustique six jours après la première; la tumeur fut recouverte en totalité par la pâte qui séjourna environ sept minutes. L'escarre qui en résulte est épaisse et présente une couleur noire et une grande dureté. La santé générale reste bonne; la réaction inflammatoire locale est modérée; la tumeur s'affaisse de plus en plus.

A la chute de l'escarre, quelques points offrant encore une apparence un peu suspecte, une troisième application du caustique fut faite. Cette fois la pâte ne resta pas plus de cinq minutes en place. Les conséquences locales et générales de son application furent les mêmes qu'après les deux premières cautérisations : quant à la tumeur, elle est entièrement affaissée; des bourgeons charnus, d'un bon aspect, succèdent à la chute de l'escarre; la plaie ne tarde pas à se recouvrir d'une cicatrice blanche et unie. J'ai revu l'enfant plusieurs mois après la complète guérison, et rien n'annonçait la reproduction de la tumeur.

Il n'est pas difficile de justifier la préférence que je donne à la cautérisation sur toute autre méthode de traitement, dans les cas où il s'agit d'une tumeur capillaire superficielle. D'abord, la destruction entière du tissu morbide n'offre ici aucun inconvénient. La perte de substance qui en résulte ne laisse pas de difformité, et la cicatrice qui remplace la tumeur n'est pas plus désagréable à l'œil que son tissu modifié. Il n'y aurait donc aucun avantage à user d'une des méthodes dont nous parlerons plus loin; et la promptitude ainsi que la sûreté du résultat doivent lui mériter la préférence, même sur les plus simples des autres méthodes, telles que l'inoculation du virus vaccin, la compression prolongée, etc...

La destruction de la tumeur étant jugée le meilleur moyen, l'application du caustique de Vienne est le procédé le plus avantageux pour atteindre ce but. Tout le monde le reconnaît aisément comme supérieur aux autres caustiques, soit actuels, soit potentiels, à raison de la promptitude de son action, des limites, soit en surface, soit en profondeur, qu'il est facile d'assigner à l'escarre. Il l'emporte également sur l'instrument tranchant; avec ce dernier il faut immédiatement enlever une couche de tissus malade, ce qui occasionne une grande perte de substance : on est exposé, quelque soin que l'on prenne, à voir survenir une hémorrhagie tellement abondante qu'elle entraîne immédiatement la mort de l'enfant. Les recueils d'observations renferment plusieurs exemples de ce funeste résultat. Je me contenterai de rapporter celui qui est cité dans le mémoire de M. Watson (loc. cit. p. 250). « Il y a environ six ans, le docteur Hosack fut appelé pour un enfant âgé de 4 mois, affecté d'un navus congénital qui occupait la partie latérale de la tête et paraissait entièrement sous-cutané. La peau était enflammée et la tumeur faisait de rapides progrès. La pression n'y faisait reconnaître aucune pulsation; elle était saillante, spongieuse, et l'on en chassait le sang avec facilité; mais aussitôt qu'on cessait la compression, la tumeur se remplissait de nouveau avec une espèce de mouvement pulsatil.

« Lorsque l'excision fut pratiquée, la tumeur avait acquis la largeur d'un dollar. Une vive hémorrhagie suivit l'opération; avant que le chirurgien ou les aides eussent eu le temps d'arrêter le sang, l'enfant tomba en syncope; dix minutes plus tard il avait cessé de vivre. »

Enfin l'excision expose bien plus que la cautérisation à la reproduction de la maladie.

Ces inconvénients de l'extirpation des tumeurs érectiles et la supériorité des caustiques ont déjà été signalés dans un très-bon travail que M. Tarral a inséré dans les *Archives générales de médecine*, 2e série, t. VI, p. 5 et 195.

Quant à la ligature, ce moyen, qui est à l'abri des reproches que je viens d'adresser à l'excision, convient dans les cas, d'ailleurs rares, où la tumeur est pédiculée. Dans les autres, il est évidemment inférieur aux caustiques, quand même on rendrait son application facile en passant plusieurs fils à la base de la tumeur ou bien en la traversant crucialement avec des aiguilles.

Lorsque le volume de la tumeur ou la place qu'elle occupe ne permettent pas de la détruire en totalité, il faut en modifier l'organisation en produisant dans son épaisseur une inflammation qui entraîne l'oblitération de la plupart des vaisseaux qu'elle renferme. Ce principe est dû à M. Lallemand. Avant lui,

sans doute, on avait guéri des tumeurs érectiles en opérant la transformation des tissus, soit par la compression, soit par le caustique, soit par le séton, etc.; mais personne, avant le célèbre professeur de Montpellier, n'avait reconnu le mécanisme de cette guérison. Le mémoire intéressant de M. Lallemand a paru dans les *Archives générales de médecine en* 1835.

Il est inutile de rappeler ici comment il fut conduit à la découverte dont nous parlons, nous dirons seulement que pour atteindre le but proposé, ce chirurgien enfonce dans la tumeur des épingles qu'il laisse jusqu'à ce que la suppuration soit établie sur leur trajet, ce qui survient dans l'espace de sept à huit jours. Les épingles sont retirées et remplacées par d'autres qui traversent ainsi successivement les divers points de la tumeur. Le nombre d'épingles placées à chaque fois, et la quantité entière de celles employées varient selon le volume de la masse érectile.

Je n'aurais aucune objection à faire à une méthode aussi simple et aussi innocente, si elle conduisait certainement à la guérison. Mais malheureusement il n'en est pas ainsi; la cause de l'insuccès tient à ce que les épingles ne provoquent autour d'elles aucune espèce de réaction inflammatoire. Le métal reste en contact avec le tisssu, sans entraîner de suppuration ni de sécrétions plastiques ou autres. On sait que les corps étrangers, de nature métallique, peuvent séjourner indéfiniment dans les organes, sans exciter autour d'eux d'inflammation. Or, il paraît que ce phénomène pathologique se développe plus difficilement encore dans le tissu érectile que dans la plupart des autres tissus de l'économie. Du reste, ces objections que j'adresse à l'emploi des aiguilles ne sont point théoriques; elles sont basées sur un assez grand nombre de faits dont j'ai été témoin. Je vais en citer deux qui prouveront la vérité de ce que j'avance.

Tumeur érectile de la région temporale gauche; emploi infructueux des aiguilles; guérison par le caustique de Vienne.

Obs. II. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation, du sexe féminin, vint au monde portant sur la région temporale gauche, vers l'angle externe de l'œil, une tache d'un rouge vif, de la largeur d'une lentille. Considérée par les parents comme une simple envie, cette tumeur fit des progrès à peine sensibles pendant les quatre premiers mois qui suivirent la naissance; alors, et sans cause connue, on s'aperçut qu'elle commençait à grossir, qu'elle offrait plus de relief et une teinte d'un rouge livide, lorsque l'enfant poussait des cris. A partir de ce moment, la tumeur continua à grossir d'une manière uniforme. Cet accroissement donna de l'inquiétude aux parents, et la malade fut amenée à Paris au commencement de cette année. Je la vis en consultation avec MM. Marjolin et Trousseau. Voici quel était alors l'état de la tumeur. Située dans la région que j'ai indiquée, cette tumeur est oblongue transversalement; elle forme une saillie arrondie, à base large, non pédiculée, de 3 centimètres de diamètre en travers, et 2 centimètres verticalement. Cette base repose sur l'os de la pommette et l'aponévrose temporale avec lesquels elle n'a pas contracté d'adhérence. Elle s'étend en dedans jusqu'à 5 millimètres de distance de l'angle externe des paupières. La peau qui la recouvre est transformée elle-même en tissu érectile; elle est rouge, parcourue en tous sens par des vaisseaux extrêmement déliés, que recouvre seulement un épiderme très-mince. Si l'enfant crie, la tumeur augmente de volume et sa couleur devient d'un rouge livide. Si on la comprime, elle s'affaisse, pour reprendre ses diamètres primitifs dès qu'on l'abandonne à elle-même; enfin, pendant le sommeil de l'enfant, elle présente des battements isochrones à ceux du pouls. Ces battements ne peuvent être aperçus pendant la veille. La paupière supérieure de ce côté est un peu plus grosse que celle du côté opposé. Elle est parcourue par quelques vaisseaux qui lui donnent une teinte légèrement rosée, mais, du reste, entièrement distincte de celle de la tumeur de la tempe; dans les autres points de son pourtour, la peau a sa couleur naturelle; le globe de l'œil est sain, sans déplacement; la santé générale est parfaite.

La maladie offrant les caractères les mieux tranchés qui appartiennent aux tumeurs érectiles, il fut décidé que l'on aurait recours à la méthode récemment préconisée par l'habile chirurgien de Montpellier, et je fus chargé de la direction du traitement.

Le 23 janvier 1838, je traversai verticalement la tumeur avec une seule épingle à injecter, les points d'entrée et de sortie de l'épingle étant à un quart de ligne de distance de la peau saine. Pas d'écoulement de sang; dans la journée, l'enfant s'accroche à l'épingle et il en résulte un écoulement de quelques gouttes de sang. Rien autre chose à noter pendant trois jours.

Le 26, cinq autres épingles sont enfoncées dans la même direction que la première et à la même distance de la peau saine; pas d'hémorrhagie par les piqûres; la tumeur ne se gonfle pas. Au contraire, elle semble, au bout de deux jours, un peu ridée; elle se tuméfie moins lors des cris de l'enfant.

Le 30, six autres épingles sont passées, toujours verticalement, deux vers les angles et les quatre autres plus superficiellement que les précédentes. Leur pénétration ne détermine pas d'hémorrhagie; dans les jours suivants, il vient un peu de pus sanieux par les trous inférieurs des épingles; la surface de la tumeur est alors plus ridée; les cris de l'enfant n'augmentent pas son volume et ne modifient pas sa couleur. La zône de tissu érectile que les têtes des épingles laissent entre elles et la peau saine a diminué, et les épingles paraissent avoir été introduites au niveau de la base même de la tumeur.

Le 6 février, les douze épingles sont retirées. Il s'écoule une demi-cuillerée à bouche de sang par quelques trous des épingles. A peine un peu de pus suinte des autres piqûres.

Quelques minutes après l'extraction des épingles, j'en enfonçai treize autres dans une direction différente des premières, six d'avant en arrière et sept d'arrière en avant. Chaque épingle pénétrait dans la tumeur, à l'union de la peau saine avec le tissu

morbide; la pointe sortait du côté opposé, à une certaine distance de la peau saine, de manière à ce que l'épingle traversât environ les trois quarts de la longueur transversale de la tumeur; il en résultait que les épingles parallèles entre elles se croisaient à travers l'épaisseur de la partie moyenne de la tumeur, comme les doigts des mains; elles étaient séparées les unes des autres par un intervalle de 2 millimètres environ; les supérieures et les inférieures marchaient à travers le tissu érectile, très-près des bords correspondants de la tumeur.

L'écoulement du sang, d'ailleurs peu abondant, cessa avec les cris de l'enfant.

Le lendemain, la tumeur augmente de volume; elle est plus chaude et plus douloureuse; elle prend une teinte très-livide. Un pus sanieux s'écoule par quelques piqûres.

Le 9, ce pus vient avec assez d'abondance, et forme; en se desséchant, des croûtes qui recouvrent la tumeur et unissent les épingles. Les paupières offrent un commencement de tuméfaction.

Le 10 et le 11, les symptômes d'inflammation tombent; le gonflement des paupières est encore augmenté; quelques-unes des égingles inférieures ont ulcéré toute la partie de la tumeur qui les recouvrait, et ne tiennent plus que par les croûtes.

Le 12 et le 13, le gonflement des paupières diminue; suppuration abondante et mieux liée; une épingle du bas est tombée seule; trois autres sont saisies avec des pinces et se détachent avec une large croûte; ce sont celles qui ont ulcéré la tumeur; la surface laissée à nu est entièrement en suppuration et très-affaissée.

Le 14, on trouve une couche assez épaisse de pus bien lié à la surface du linge dont on a recouvert la tumeur. Des battements ont été aperçus dans la partie inférieure, qui offre une couleur d'un rouge livide.

Le 15, deux autres épingles se détachent du bas. Le gonflement des paupières a disparu. Même aspect de la tumeur. La surface qui suppure est cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 16, la suppuration est toujours abondante et bien liée. Les sept dernières épingles sont retirées; il en résulte un léger écoulement de sang. Les croûtes enlevées, la surface entière est en suppuration; les bords en sont renversés et un peu élevés; le centre est affaissé; en sorte que la tumeur est plane ou même légèrement concave, au lieu de convexe qu'elle était.

Du 16 au 20, la suppuration est la même; l'affaissement de la tumeur semble augmenter, son aspect est moins livide, ses battements n'ont pas reparu, et les cris de l'enfant n'en déterminent pas le gonflement.

Du 20 au 25, la dépression du centre de la tumeur est plus prononcée; la cicatrisation commence aux bords et vers le milieu; néanmoins le bord circulaire de la tumeur offre une teinte plus rouge, qui ressort d'autant plus, que la peau saine voisine a repris sa blancheur accoutumée. Les battements ont été de nouveau aperçus pendant le sommeil de l'enfant.

Du 25 février au 2 mars, les battements sont devenus très-évidents; des vaisseaux nombreux et fins, semblables à ceux qui existaient dans la partie superficielle de la tumeur avant le commencement du traitement, se reproduisent en un grand nombre de points; la tumeur elle-même, mesurée à cette époque, a plus d'étendue dans tous les sens.

Le 2 mars, une nouvelle introduction d'aiguille est faite. Cette fois, j'en mis un grand nombre d'un seul coup; 17 épingles furent successivement enfoncées, une moitié dans le sens transversal, l'autre partie dans le sens vertical; les unes profondes, les autres superficielles; elles s'entrecroisaient en grillage quadrangulaire, et traversaient la tumeur depuis le centre jusqu'aux bords, depuis la superficie jusqu'à la base.

Dans les jours suivants, les battements deviennent plus forts; la tumeur entière est gonflée et livide; les petits vaisseaux ne sont plus si apparents, le pus s'écoule par les trous de quelques épingles.

Le 6, quatre nouvelles épingles furent enfoncées; le 8 trois, le 9 quatre, le 10 dix, le 11 six. Non-seulement la tumeur était lardée dans tous ses points par un grand nombre d'épingles, mais encore la plupart de ces dernières furent implantées de manière à ce que les pointes pénétrassent au-delà de la base du tissu érectile dans les tissus environnants.

Quelques-unes des épingles enfoncées les premières furent successivement ôtées à mesure qu'on en plaçait de nouvelles; et ce qui me surprit alors beaucoup, c'est que plusieurs d'entre elles sortaient sèches, sans qu'il s'écoulât ni sang, ni pus par les trous des piqûres. Du reste, la tumeur ne subit pas de modification en mieux bien appréciable, et, quoique pendant plusieurs jours elle fût restée traversée par plus de cinquante épingles, on ne vit survenir ni inflammation vive, ni suppuration abondante, ni transformation du tissu érectile.

Du 13 au 17, les épingles sont successivement enlevées: la plupart des piqûres ne donnent issue à aucun liquide; par quelques-unes il sort du sang, par un très-petit nombre quelques gouttelettes de pus; battements, la coloration rouge persistent: celle-ci reprend sa teinte de couleur cerise sur les bords. La masse totale est molle et s'affaisse sous le doigt.

Je reconnus alors que le mal ne pouvait être détruit par le moyen des épingles, et nous nous déterminâmes avec M. Trousseau à recourir au caustique de Vienne. Une couche de 6 à 8 millimètres d'épaisseur fut placée en bande de 15 millimètres de large sur la portion périphérique de la tumeur, de manière à laisser une portion centrale intacte. Après cinq à sept minutes d'application, la pâte fut enlevée. L'enfant, qui avait beaucoup crié pendant l'opération, s'étant endormie de suite après, il ne fut pas possible de percevoir le plus petit battement dans la tumeur.

Le gonflement instantané qui s'est produit au moment de la cautérisation vers les paupières et la joue a disparu dans la journée; en deux jours l'escarre devint noire et sèche. Le centre, non cautérisé, diminue de largeur, prend une teinte brune et une dureté semblable à celle de la corne. Douze jours après la cautérisation la tumeur est tellement affaissée qu'elle se trouve déprimée au-dessous des parties environnantes. L'escarre s'est peu à peu déta-

chée, mais avec une grande lenteur. Il a fallu en retrancher à mesure des portions et faciliter son élimination en la couvrant de cataplasmes et de diachylon.

Le 6 avril, quelques points de la tumeur offrant encore une apparence suspecte, une seconde application du caustique fut faite ; cette fois le tissu morbide fut entièrement détruit et une cicatrice unie, régulière, de niveau avec les parties voisines, prit la place de la tumeur.

J'ai revu cette enfant trois ans après le traitement : la guérison ne s'était pas démentie. Les paupières ne sont nullement déformées ; à la place de la tumeur érectile existe une cicatrice blanche, lisse et parfaitement de niveau avec les parties voisines.

On voit dans cette observation le peu d'action que les aiguilles ont exercée sur le tissu érectile. A peine quelques points de la tumeur sont-ils entrés en suppuration ; les autres, bien que lardés dans tous les sens par les corps étrangers n'en ont pas moins continué à s'accroître sans éprouver aucune modification. Le fait suivant montrera mieux encore l'insuffisance des épingles pour exciter l'inflammation dans les tumeurs érectiles.

Tumeur érectile veineuse de la lèvre inférieure ; emploi infructueux des aiguilles ; ablation avec l'instrument tranchant ; guérison.

Obs. III. — Une tumeur présentant tous les caractères des tumeurs érectiles veineuses occupait toute l'épaisseur de la lèvre inférieure. Elle avait le volume d'une petite noix. M. Huguier eut d'abord recours à la méthode de M. Lallemand. Huit grosses épingles furent placées dans la tumeur, et y restèrent pendant quinze jours. Au bout de ce temps la maladie n'ayant pas changé d'aspect, M. Huguier se détermina à pratiquer l'ablation de la tumeur. Je passe sous silence les détails de l'opération et de ses suites. Je me bornerai à mentionner le résultat de l'inspection de la tumeur dans les points qui avaient été traversés par les épingles. Or, le tissu érectile n'avait éprouvé aucun changement appréciable dans le voisinage du trajet des épingles. Rien dans ces points n'indiquait que l'on fût parvenu à enflammer et à oblitérer les vaisseaux.

Bien convaincu, d'après ces faits et d'autres analogues, que les épingles ne permettaient pas d'atteindre le but proposé, je fis alors quelques tentatives pour y arriver d'une autre façon ; car, je l'avoue, le principe établi par M. Lallemand pour guérir les tumeurs érectiles me paraît excellent, le moyen seul est infidèle. M. le professeur Pelletan, témoin d'un des essais que j'avais tentés avec les épingles, pensa que ces corps étrangers n'enflammaient pas le tissu morbide, parce qu'ils sont métalliques. Il me donna le conseil de me servir d'épingles d'ivoire ou de corne, s'appuyant sur ce qu'on observe lorsqu'on s'enfonce un corps étranger tel qu'une écharde de bois ou une épine à travers la peau. J'eus bientôt l'occasion de traiter par ce moyen une tumeur érectile veineuse occupant toute l'épaisseur de la partie moyenne de la lèvre supérieure. En voici une courte analyse :

Tumeur érectile veineuse de la lèvre supérieure ; emploi infructueux des aiguilles en ivoire ; injections dans la tumeur du nitrate acide de mercure ; guérison.

Obs. IV. — Mlle T..., âgée de 10 ans, porte une tumeur érectile veineuse placée au centre de la lèvre supérieure. Cette tumeur occupe toute l'épaisseur de la lèvre et s'étend par conséquent de la peau vers la membrane muqueuse. La peau présente une teinte violette. Cette coloration est encore bien plus prononcée du côté de la membrane muqueuse. En hauteur la tumeur s'étend du bord libre de la lèvre jusque vers la sous-cloison du nez. En largeur elle occupe à peu près le tiers de la longueur totale de la lèvre supérieure.

J'enfonçai, dès la première séance, douze épingles d'ivoire d'avant en arrière, et perpendiculairement aux places de la lèvre, dans la tumeur. Une douleur vive accompagne cette introduction, et disparaît au bout de deux heures.

Dès le lendemain la lèvre est tuméfiée ; le gonflement ne tarde point à diminuer. Cependant, après cinq jours, la tumeur est plus grosse qu'au moment de l'opération ; elle offre une teinte violacée ; il s'écoule alors un peu de pus bien lié par un des trous des épingles. Les parents disent que du pus s'est fait jour par d'autres trous.

Au 9e jour trois épingles sont tombées spontanément. Le gonflement a diminué ; il s'écoula à peine un peu d'humeur par les trous des épingles. Voyant que je n'obtenais pas, des aiguilles en ivoire, plus d'action que de celles en métal, je renonçai de suite à de nouvelles applications de ces corps étrangers, et je mis dès lors en usage un procédé dont je vais tout à l'heure donner la description. Je poussai à différentes reprises, dans les trajets des aiguilles, des injections irritantes. J'obtins de la sorte une vive inflammation. Il sortit par les trous du pus et du tissu cellulaire sphacelé, et de la transformation du tissu érectile fut opérée dans l'espace de deux mois.

La malade examinée trois mois après, on constate une régularité parfaite dans le volume de la lèvre supérieure. Le lobule médian est à peine plus développé que sur la lèvre la mieux conformée. La peau et la muqueuse ont repris leur couleur normale.

Le bord libre de la lèvre offre seul quelques vaisseaux qui semblent faire partie de l'ancienne tumeur, mais ils ne forment aucun relief et ne prennent pas le moindre accroissement.

Voulant à tout prix provoquer une inflammation violente dans les divers points d'une tumeur érectile, je pensai qu'il serait possible d'utiliser les trous faits par les épingles, en injectant dans plusieurs d'entre eux une liqueur irritante et même caustique. Pour atteindre ce but, je fis faire un syphon en platine, ayant le volume et la longueur d'une grosse épingle, creux à son intérieur, évasé par une de ses extrémités, pour s'adapter à une seringue de verre.

Voici maintenant comment on agit et quels sont les effets de ce traitement : il faut enfoncer dans la tumeur un certain nombre d'épingles : six, huit, dix ou douze, selon le voulume de la tumeur.

Il faut employer des épingles d'un fort calibre, afin que le syphon pénètre aisément dans le trou qu'elles font à travers le tissu morbide. Au bout de cinq à six jours, les épingles sont retirées, et l'on pousse immédiatement dans chacun des trajets qu'elles se sont creusés une injection irritante. Il est très-facile de faire pénétrer le syphon de platine dans le fond du canal creusé par l'aiguille. On reconnaît, à la sortie du liquide, entre le syphon et l'orifice du trou, que la liqueur a parcouru tout le canal.

Le liquide dont je me suis servi est le nitrate acide de mercure. Une douleur vive accompagne et suit immédiatement l'injection. La tumeur et les parties voisines ne tardent pas à se tuméfier considérablement; la peau devient rouge, chaude, les battements s'accroissent dans la tumeur et dans les environs; ce sont les battements artériels qu'on observe dans le phlegmon. Au bout de quelques jours, cette inflammation se termine par suppuration, et l'on voit sortir le pus soit par les trous, soit par des ouvertures spontanées. Pendant ce temps, plusieurs points durs se forment dans la tumeur, les vaisseaux érectiles disparaissent, et il reste un noyau d'induration, dont la résolution se fait longtemps attendre.

Il est rare qu'une seule application d'épingles suffise pour arriver à la guérison. Presque toujours, il reste des points suspects, dans lesquels on est obligé d'enforcer de nouvelles épingles et de pousser de nouvelles injections. Tantôt j'ai procédé en mettant à la fois un certain nombre d'aiguilles, que je retirais toutes le même jour, faisant ainsi deux ou trois applications, séparées par des intervalles de temps, pendant lesquels la tumeur restait sans épingles; tantôt, au contraire, j'enfonçais ces corps étrangers dans certains points, à mesure que j'en retirais des autres, de telle sorte qu'il y en avait toujours plusieurs implantés dans la tumeur.

Cette méthode est au premier abord on ne peut plus satisfaisante; elle forme le complément de celle imaginée par M. Lallemand. Je l'ai mise en usage un grand nombre de fois et j'en ai retiré de grands succès. Cependant elle n'est pas à l'abri de tout reproche. D'abord il faut une grande attention pour empêcher que la liqueur caustique ne se répande sur des tissus qu'il est important de ménager. Ce danger est surtout à craindre lorsqu'on opère sur les lèvres ou les joues et que les épingles ont traversé de part en part ces parties; car alors la liqueur tombera dans la bouche et pourra passer vers le pharynx, surtout si on agit sur des enfants, ainsi que cela a lieu le plus souvent.

Le second reproche, plus sérieux que le précédent, consiste dans le défaut de régularité des phénomènes que produit l'injection. Dans quelques cas, rares, il est vrai, l'effet irritant du caustique est à peine prononcé, de telle sorte que l'on ne détermine pas plus d'inflammation qu'avec les épingles seules. Dans d'autres cas, au contraire, l'irritation est tellement vive qu'elle ne se borne plus à entraîner la suppuration; et l'on voit des plaques gangréneuses tantôt bornées au tissu intérieur de la tumeur, tantôt étendues vers la peau ou la muqueuse, tantôt enfin comprenant toute l'épaisseur de la lèvre ou de la joue. Ces différences tiennent peut-être à ce que, dans le premier cas, le liquide ne fait que toucher la surface du trajet fistuleux tracé par l'épingle, tandis que dans le second il en reste qui séjourne dans des excavations élargies de la tumeur, ou qui, peut-être même, s'infiltre dans les aréoles du tissu érectile. La production d'une ou de plusieurs escarres n'est point un phénomène fâcheux lorsque les limites de la partie mortifiée restent bornées à la tumeur et que la perte de substance qui en résulte ne laisse à sa suite aucune difformité. Loin de là, cette grangrène est doublement avantageuse, puisqu'il en résulte la destruction d'une partie morbide et un travail inflammatoire très-actif dans les parties qui confinent à l'escarre pour en amener l'élimination. Mais on ne peut *à priori* prévoir toute l'étendue de cette grangrène; ici donc existe un danger, que l'on parviendra sans doute à éviter en perfectionnant cette pratique.

Un dernier inconvénient qui résulte des injections du nitrate acide de mercure, c'est l'action générale de ce caustique sur toute l'économie, action qui ressemble à un véritable empoisonnement. J'ai vu quelques malades qui ont éprouvé ces accidents avec une telle violence que j'ai été vivement inquiet sur leur sort pendant quelques jours. C'est en raison de ces accidents que j'ai renoncé à l'emploi des injections caustiques. Il est probable qu'ils tiennent au liquide particulier dont j'ai fait usage, et qu'on ne les observerait pas si l'on se servait de l'acide sulfurique concentré, ou d'une solution de potasse caustique. Mais comme je n'ai point expérimenté ces dernières substances, je ne puis dire quelle serait l'innocuité de leur action sur l'économie entière. Je vais rapporter une observation qui nous fournira un double exemple de la production des escarres et du développement des accidents généraux dont je parle.

Tumeur érectile veineuse de la lèvre inférieure; emploi des épingles et de l'injection; gangrène de la tumeur; accidents généraux graves; guérison.

Obs. V.— Mademoiselle***, âgée de 12 ans, porte à la lèvre inférieure une tumeur érectile veineuse, qui en occupe toute l'épaisseur dans les deux tiers environ de sa longueur.

J'enfonçai dix épingles dans la tumeur, du bord libre vers le bord adhérent de la lèvre, de telle sorte que leur pointe était perdue dans l'épaisseur de la lèvre et ne faisait pas saillie dans la bouche. Le lendemain, il y a du gonflement, un peu de dureté et une teinte un peu plus foncée de la tumeur. Au bout de trois jours, les épingles furent retirées, et à mesure j'injectai du nitrate acide de mercure dans chacun des trous. Cette opération produisit de vives douleurs. L'injection, poussée par un trou, revint par plusieurs autres, ce qui prouve qu'il s'était établi entre eux des communications, ou qu'au moment même de l'injection, la liqueur s'est infiltrée dans le tissu érectile.

Le gonflement et la dureté devinrent de suite plus prononcés. La malade a de la peine à ouvrir

les mâchoires; elle est, dans la journée, en proie à une fièvre violente; des vomissements opiniâtres surviennent le soir. Pendant la nuit, la malade éprouve du délire. Le lendemain, je la trouve pâle, le pouls petit, fréquent; douleurs à l'estomac, prostration extrême; la lèvre est excessivement douloureuse; sur son bord libre existe une zône gangréneuse d'environ 15 millimètres de diamètre; le reste de la lèvre présente une teinte livide.

Je fis administrer du vin et du lait pour relever les forces. La malade fit un usage fréquent de gargarismes chlorurés. La nuit fut meilleure que la précédente; les accidents de la veille ne reparurent plus. Quant aux phénomènes locaux, voici ce qu'on a observé. Des escarres peu profondes occupent le bord libre de la lèvre; l'une d'elles s'étend vers la face antérieure de cet organe. Le menton est rouge, les ganglions sous-maxillaires engorgés. La totalité de la tumeur est très-dure dans toutes ses parties.

Dans les jours suivants, on vit aussi apparaître une plaque grise, de la largeur de l'ongle, sur la face postérieure de la lèvre. L'escarre centrale est dure comme du bois; le reste est également induré, quoique moins que l'escarre. La couleur est moins rosée que celle des autres parties de la lèvre. Tout à fait en-dehors, l'aspect est un peu moins satisfaisant, et l'on ne saurait dire si le tissu érectile a entièrement disparu.

Lorsque l'escarre fut entièrement éliminée, il en résulta une perforation de la lèvre, d'environ un centimètre, plus large du côté de la peau que de la membrane muqueuse. Cette perforation diminua peu à peu d'étendue; son contour fut de temps en temps cautérisé avec le nitrate d'argent, et elle finit par s'oblitérer entièrement au bout d'un mois.

Le volume de la lèvre a considérablement diminué, et lorsque les plaies résultant de la chute des escarres furent cicatrisées, la lèvre resta plus petite que du côté opposé; néanmoins la difformité est à peine sensible, et tout le tissu érectile a disparu, si ce n'est un petit noyau qui occupe le bord libre de la lèvre Une injection, poussée à travers le trou d'une épingle, sembla en avoir provoqué la disparition; néanmoins, deux mois après, la petite tumeur avait reparu. J'eus alors recours au caustique de Vienne, qui en procura la guérison complète.

Les accidents généraux graves dont on vient de voir un exemple, et la production d'escarres, dont on ne peut à l'avance prévoir l'étendue, m'ont conduit à abandonner à peu près entièrement la méthode des injections de nitrate acide de mercure dans des trajets rendus fistuleux à travers les tumeurs érectiles : j'ai recherché un moyen moins dangereux de provoquer l'inflammation et la suppuration de ces tumeurs. J'ai alors essayé du séton proposé par Macilwain. On sait que ce mode de traitement consiste à traverser la tumeur avec un fil, dont on grossit le volume et qu'on laisse en place jusqu'à ce que le tissu morbide entre en suppuration. Ce moyen, qui a réussi à son auteur, puis à Fawdington, et à quelques autres, a échoué entre les mains de plusieurs chirurgiens. Je pensai que l'insuccès tenait à la manière dont on employait le séton, et je modifiai son application de la façon que je vais dire. J'ai augmenté le nombre des sétons dont on traverse la tumeur; j'ai donné à chacun d'eux un volume assez considérable, et enfin je m'en suis servi pour opérer en même temps l'étranglement d'une grande partie du tissu érectile. Cette opération simple, et exempte d'aucun danger, a été, jusqu'à ce jour, suivie de succès dans tous les cas où j'y ai eu recours.

Voici comment je procède : avec une aiguille, armée d'un fil double, je traverse la tumeur d'un côté à l'autre, en me rapprochant, autant que possible, de sa base; je place ainsi plusieurs fils, parallèles les uns aux autres, et séparés par un intervalle de quatre à cinq millimètres environ. Les fils les plus excentriques doivent atteindre les dernières limites de la tumeur. Les anses de chaque séton restent pendantes du même côté. Au bout de deux ou trois jours, lorsque déjà le trajet qui parcourt les fils est un peu agrandi, je me sers des anses des sétons pour conduire à travers la tumeur un fil plus gros que les précédents, et disposé de telle sorte qu'il offre d'un côté un série d'anses, qui embrassent les intervalles de chacun des trous formés par les premiers sétons, et du côté opposé des bouts, qui sont noués ensemble sur un morceau de bois ou de bougie elastique; de la sorte, la base de la tumeur est étranglée dans toute son étendue, et le tissu qui est au-devant des fils, ainsi que la peau qui le recouvre, ne reçoivent plus de sang que par la petite portion de la tumeur et des téguments qui se trouvent aux deux extrémités de la série des sétons. Cette circonstance suffit pour prévenir la mortification entière de la tumeur; elle prévient aussi les inconvéniens qui résulteraient d'une trop grande perte de substance; elle permet de ménager la peau, dont l'aspect est toujours préférable à celui d'une cicatrice. Voici, du reste, ce qu'on observe : la tumeur se gonfle dans les premiers jours; elle devient chaude, douloureuse, et prend une teinte livide. Bientôt les anses des sétons divisent la peau qui sépare chacun des trous, et les fils s'enfoncent entièrement dans la tumeur; ils se relâchent, et l'on est obligé de resserrer le nœud qui a été fait sur le corps étranger. A la place des trous, il se fait une sorte de fente de plus en plus profonde, dans le fond laquelle se rencontrent les anses des sétons. Pendant ce temps, du pus s'écoule en abondance par les trous qui répondent aux nœuds, par la fente qui répond aux anses. Quelquefois un ou plusieurs abcès se forment dans l'épaisseur de la tumeur et se font jour du côté de la peau.

Lorsque les sétons ont entièrement coupé les parties qu'ils embrassaient, il existe alors un pont, formé par la tumeur et la peau, séparé des parties sous-jacentes par la plaie faite par les sétons, et ne tenant au reste du corps que par les deux extrémités laissées en dehors des fils. Bientôt le pont se recolle sur les tissus profonds; les ulcères se ferment, et il ne reste que deux cicatrices linéaires longitudinales, parallèles, situées vers les ouvertures d'entrée et de sortie des fils.

Pendant tout ce temps, le tissu érectile subit les transformations indiquées par M. Lallemand; ses vaisseaux s'oblitèrent; la tumeur prend une couleur

semblable à celle de la peau voisine ; elle s'affaisse et finit par se mettre de niveau avec les autres parties.

Tumeur érectile veineuse du front ; quelques fils passés très-superficiellement ; accroissement progressif ; sétons nombreux ; étranglement partiel ; tumeur en voie de guérison.

Obs. VI. — Un enfant, âgé de 10 mois, m'a été présenté il y a six semaines, portant sur la bosse frontale gauche une tumeur érectile, de nature veineuse. La maladie s'est développée peu de temps après la naissance. M. Petit le fils, médecin à Corbeil, voyant qu'elle faisait de continuels progrès, traversa son sommet avec quelques fils, qui ne tardèrent pas à ulcérer les parties qui les recouvraient. La tumeur s'affaissa un peu dans ces points, et la peau y prit un aspect blanchâtre. Néanmoins l'affection n'était pas détruite, et son accroissement général ayant continué, la tumeur égalait, quand je la vis pour la première fois, le volume d'une châtaigne un peu aplatie. Je passai de suite six rétons de bas en haut, à travers sa base, ayant soin de faire correspondre les ouvertures d'entrée et de sortie au point d'union du tissu malade avec le tissu sain ; je m'appliquai aussi à traverser la tumeur dans sa partie la plus profonde, de manière à laisser au-devant des fils la plus grande partie de son épaisseur. Au bout de trois jours, une abondante suppuration s'écoule par les trous des sétons. C'est alors que les extrémités de chacun d'eux furent réunies et engagées dans les trous de grains d'ivoire pour être serrés, tandis que les autres bouts, formant autant d'anses, vinrent s'appliquer sur le côté opposé de la tumeur. Celle-ci prit de suite une teinte violette. Les sétons sont resserrés chaque jour ; bientôt ils entrent dans la tumeur et la divisent d'un bord à l'autre. Pendant ce temps, la suppuration devient très-abondante ; le tissu érectile paraît se modifier, et lorsque, vers le quinzième jour, les fils eurent coupé tout ce qu'ils embrassaient, la masse totale était devenue dure et n'offrait plus au toucher la consistance spongieuse du tissu érectile. Néanmoins, le volume de la tumeur est encore assez considérable, ce qui tient à l'engorgement inflammatoire, dont elle est le siége et à la transformation, sans perte de substance des tissus. Cette saillie s'affaissera, sans doute, peu à peu avec le temps. On pourra, d'ailleurs, favoriser sa diminution par un bandage compressif. Peut-être même sera-t-il convenable de recourir soit au bistouri, soit au caustique pour en opérer la réduction (1).

Il existe plusieurs autres procédés pour arriver à la guérison des tumeurs érectiles. Je ne les ai pas mis ni vu mettre en usage, c'est pourquoi je m'abstiendrai d'en parler ici. Je ne dirai rien non plus de la ligature des troncs artériels loin de la tumeur, afin d'obtenir l'oblitération des vaisseaux de cette dernière, cette opération étant une méthode purement exceptionnelle, et applicable seulement aux productions qui ne reçoivent le sang que d'une source unique.

Je terminerai par une remarque applicable à quelques guérisons. Il arrive assez souvent qu'après avoir obtenu la transformation du tissu érectile en tissu cellulo-fibreux, la tumeur, bien que guérie en ce qui concerne la nature de son tissu, conserve un volume assez considérable, et constitue, par là même, une difformité d'autant plus fâcheuse que presque toujours elle a son siége au visage. C'est alors que, pour compléter la guérison, il faut avoir recours à l'excision partielle de la tumeur. Comme c'est principalement aux lèvres et aux joues que ces cas se rencontrent, on doit faire porter la perte de substance sur la face buccale de ces parties, afin d'éviter la difformité que produiraient de nouvelles incisions. Il est à cet égard une remarque importante à faire, c'est qu'il ne faut pas se hâter de retrancher ce qui semble trop volumineux. J'ai plusieurs fois observé que la tumeur continuait à s'affaisser pendant les mois et même les années qui suivent le moment où elle a cessé d'être érectile. Or, si l'on voulait exciser de suite une portion encore volumineuse de la tumeur, on s'exposerait à pratiquer une opération inutile, et l'on courrait le risque de faire naître une difformité opposée à celle qu'on voulait prévenir, en produisant une perte de substance considérable. J'ai déjà eu plusieurs occasions de recourir à cette excision. En la faisant, j'ai été frappé, comme M. Lallemand, de la difficulté avec laquelle les nouveaux tissus se laissent diviser. Dans presque tous les cas, l'hémorrhagie s'est arrêtée par la simple application d'un linge imbibé d'eau froide sur la plaie. Dans une circonstance, j'ai fait succéder à l'excision l'application du cautère rougi à blanc, plutôt pour augmenter la rétraction des tissus que pour dompter une hémorrhagie rebelle. Nous allons rapporter quelques exemples de tumeurs érectiles où cette excision a été pratiquée avec avantage.

Tumeur érectile veineuse de la lèvre supérieure ; traitement par les épingles, puis par les injections de nitrate acide de mercure ; transformation de la tumeur ; excision d'une partie de la lèvre demeurée hypertrophiée.

Obs. VII. — Mademoiselle H., âgée de 18 ans, vint me consulter à l'occasion d'une tumeur érectile veineuse qui occupait le bord de la lèvre supérieure, près de la commissure gauche : du volume d'une petite noix, cette tumeur, étendue de la peau à la membrane muqueuse, offrait une couleur bleuâtre, se gonflait dans les efforts, et recevait du voisinage des artères labiales, quelques battements appréciables au doigt. Du reste, ses progrès étaient lents. Je proposai à la malade de la traiter d'après la méthode de M. Lallemand ; mais, au lieu d'y consentir, cette jeune fille se mit entre les mains d'un charlatan, qui fit quelques applications de

(1) J'ai revu l'enfant il y a une quinzaine de jours. La tumeur érectile est réduite au quart de son volume primitif. Tout est cicatrisé. Pour compléter la cure, j'ai appliqué le caustique de Vienne sur le centre de la tumeur, de manière à détruire ce qui peut rester de tissu morbide et à produire une cicatrice de niveau avec la peau voisine.

nitrate d'argent sur la tumeur, et prescrivit un sirop dont l'action fut extrêmement pernicieuse pour la santé.

Mademoiselle H. revint me trouver au bout de dix-huit mois. Le mal avait pris un peu plus d'accroissement. Je traversai de suite la tumeur avec onze épingles. Le lendemain, le volume est accru et la couleur de la lèvre est un peu plus livide.

Au bout de six jours, les épingles sont retirées. Il s'écoule par les trous une petite quantité de pus mal lié et du sang par l'un d'eux seulement. La tumeur reprend son volume est son aspect naturels.

J'enfonce immédiatement six épingles en ivoire qui pénètrent la tumeur en plusieurs directions. Le passage de ces épingles est plus douloureux que celui des épingles métalliques. Le gonflement et la lividité reviennent dès le lendemain. Deux nouvelles épingles sont plantées dans la tumeur, et chaque jour je répète la même opération, jusqu'à ce qu'il y ait quatorze épingles dans la lèvre. Les changements subis par le tissu érectile paraissent peu prononcés. Quelques trous d'epingle laissent sortir un peu de pus, ici sanguinolent, là bien lié. Par le plus grand nombre, il ne s'écoule absolument rien; il ne se fait pas d'abcès; seulement la tumeur paraît plus dure et elle diminue un peu de volume.

Au neuvième jour, quatre épingles furent retirées, plongées dans le nitrate acide de mercure, puis remises dans les trous qui les avaient déjà reçues. Il en résulta plus de douleur, de gonflement et de suppuration.

Enfin, au dixième jour, je pousse une injection de nitrate acide de mercure. La douleur est vive et instantanée. La lèvre éprouve un tremblement convulsif, la joue entière est grosse, dure et rouge. Les douleurs persistent avec une grande violence pendant quatre à cinq heures, et arrachent des cris à la malade; insomnie.

Les principaux changements qui survinrent les jours suivants furent une dureté très-prononcée de la lèvre, la formation d'une plaque noire gangréneuse et la sortie, par deux trous élargis des épingles, de masses de tissu cellulaire gangréné et de pus, et enfin, la diminution de volume de la tumeur.

Je crus devoir, deux mois après, enfoncer encore une épingle et pousser une injection dans un point suspect. Il en résulta une rougeur et un gonflement inflammatoire qui ne tardèrent point à se dissiper. Depuis lors, il n'y eut plus rien de fait. La lèvre n'offre plus d'apparences de tissu érectile. Cependant, deux mois après, il se présente de nouveau une teinte violacée du côté de la muqueuse buccale; quatre nouvelles épingles sont enfoncées dans ce point, et, trois jours après, les trous sont injectés avec le nitrate icide de mercure. Inflammation, suppuration, escarres. Pas d'accidents généraux; le gonflement diminue, la lèvre paraît définitivement guérie, et pendant plusieurs mois qu'on l'observe, elle continue à offrir la couleur et la consistance des autres parties des lèvres. Seulement elle conserve plus de volume, et la saillie plus prononcée de son bord libre altère la régularité du contour de la bouche.

Je me déterminai alors à compléter la cure en faisant subir à la lèvre une perte de substance proportionnée à son excès de volume. L'opération que je pratiquai fut en tout semblable à celle que l'on applique au traitement de l'hypertrophie de la partie moyenne de la lèvre supérieure. Ainsi, la lèvre étant un peu renversée, je saisis avec des pinces érignes une partie de l'épaisseur de cette organe, comprenant la muqueuse de sa face postérieure et les places les plus profondes du muscle orbiculaire, et je retranchai, avec les ciseaux, un lambeau assez épais pour rétablir l'harmonie de volume entre les deux points symétriques de la lèvre supérieure. Cette dernière opération eut tout le succès désiré, et aujourd'hui mademoiselle H. ne conserve de sa maladie d'autres traces que de petites cicatrices blanchâtres, apparentes seulement pour celui qui les recherche avec attention, et provenant de la guérison de quelques-unes des ouvertures des trous d'épingles dont la suppuration et l'ulcération avaient produit l'agrandissement.

Tumeur érectile veineuse située à la joue et à la lèvre supérieure droite; emploi de sétons d'abord, puis des épingles et des injections de nitrate acide de mercure; accidents graves; guérison de la tumeur érectile; excision partielle de la lèvre restée volumineuse.

Obs. VIII. — Mademoiselle L..., âgée de 2 ans et demi, me fut adressée par mon confrère et ami, M. Guionis, médecin à Rueil, en 1838; cette enfant porte dans l'épaisseur de la joue droite et la moitié droite de la lèvre supérieure une tumeur d'une nature veineuse. Neuf mois auparavant on avait passé à travers la partie superficielle de la tumeur quatorze petits sétons qui produisirent de la suppuration et l'ulcération des parties comprises entre eux et la peau. Après la cicatrisation des plaies, la tumeur s'affaissa un peu dans ce point, mais elle continua à grossir dans tous les autres.

Une maladie de l'enfant fit ajourner l'application de nouveaux sétons.

J'enfonçai dans la joue six épingles de gros calibre. Après trois jours, les épingles sont retirées et le nitrate acide de mercure injecté dans les trous. La joue devint de suite rouge et dure; des vomissements opiniâtres et abondants survinrent dans les deux jours suivants, accompagnés de rétention d'urine, de faiblesse extrême, de la petitesse et de la fréquence du pouls. Joue tendue, rouge, très-douloureuse; la suppuration s'établit dans toute la tumeur. Une escarre de 12 à 15 millimètres de diamètre s'est formée près de l'ancienne cicatrice. Les accidents généraux cessent peu à peu; néanmoins la faiblesse persiste pendant plusieurs semaines, et de temps à autre il revient quelques vomissements.

Les modifications dont la tumeur fut ultérieurement le siége eurent pour résultat sa diminution et la transformation d'une partie de son tissu en une substance cellulo-fibreuse; néanmoins il fallut en

core, à quelque mois d'intervalle, recourir aux épingles, suivies des injections de nitrate acide de mercure. A chaque fois l'injection détermina le retour de quelques vomissements et provoqua des phénomènes locaux d'inflammation très-prononcés, quoique moins violents qu'ils n'avaient été à la première.

Six mois après le commencement du traitement, l'on n'aperçoit plus de traces du tissu érectile ni sur les joues, ni sur la lèvre, tant du côté de la peau que de la membrane muqueuse de la bouche; seulement ces parties semblaient être hypertrophiées.

J'engageai les parents à attendre avant d'en venir à aucune autre opération; et en effet les parties ont peu à peu diminué pendant les trois années qui suivirent la cessation du traitement. Cette diminution aurait sans doute continué à se faire spontanément; mais les perents, impatients de voir la lèvre de leur fille bien conformée, ont fait auprès de moi de vives instances pour compléter la cure par l'excision des parties exubérantes; j'ai satisfait à leur désir en retranchant du côté de la face interne de la lèvre et de la joue droite une portion assez épaisse de ces parties. Malgré cela, il existe encore aujourd'hui une légère prédominance de volume du côté malade; mais avant d'en venir à une seconde excision, je veux attendre que la première ait produit tout ce qu'elle peut donner. Je sais par l'expérience d'un autre enfant dont la maladie et le traitement offrent, avec celui dont il est question ici, une très-grande analogie, je sais, dis-je, que la rétraction des tissus continue à s'opérer pendant un grand nombre de mois qui s'écoulent après l'opération, et qu'en voulant de suite rendre les parties symétriques, on s'expose à faire descendre plus tard le côté malade au-dessous de son volume naturel.

J'aurais pu rapporter un beaucoup plus grand nombre de faits; mais les observations ont entre elles beaucoup de ressemblance, et j'ai dû citer seulement celles qui pouvaient venir à l'appui de quelques-unes des propositions nouvelles émises dans ce mémoire.

Je résumerai en quelques propositions les idées principales qui peuvent ressortir de ce travail.

1° Les tumeurs érectiles comprennent des productions accidentelles, dont les unes paraissent formées par les vaisseaux capillaires proprement dits de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, dont les autres semblent produites par une agglomération de petites veines, largement anastomosées entre elles. Les premières de ces tumeurs disparaissent parfois spontanément; d'autres fois elles s'ulcèrent, versent ou non du sang, et s'affaissent dans les points qui ont été ulcérés. Les deuxièmes s'ulcèrent plus rarement; et quand cela a lieu, elles versent du sang en abondance; leur guérison ou leur affaissement spontané est excessivement rare, mais arrivé à un certain degré, elles cessent en général de s'accroître

2° Le traitement des tumeurs érectiles renferme deux ordres de moyens qu'on emploie isolément ou concurremment; par le premier on les détruit, par le second on les transforme en d'autres tissus.

3° La première méthode convient essentiellement aux tumeurs cutanées, superficielles; le meilleur moyen de l'accomplir consiste dans la cautérisation avec la pâte de Vienne.

4° La seconde méthode convient aux tumeurs veineuses, à celles qui occupent une grande épaisseur de parties. On parvient à transformer le tissu érectile en d'autres tissus en l'enflammant. Cette idée ingénieuse appartient à M. Lallemand. Le moyen que ce chirurgien conseille, c'est-à-dire, l'acupuncture, ne suffit pas en raison de la difficulté qu'a le tissu érectile à s'enflammer. L'injection de substance caustique dans les trous des épingles, dont l'invention m'appartient, est beaucoup plus efficace; mais elle est dangereuse et l'on ne peut en calculer au juste les conséquences; le moyen le plus sûr consiste dans l'emploi des sétons combinés avec l'étranglement.

(*Gazette médicale de Paris*, n° 44.)

---

112. *Rupture du rachis dans la région cervicale, à la suite d'un violent effort musculaire;* observation communiquée par M. Lasalle, interne à la Maison royale de Santé de Charenton.

Nous espérons que l'observation suivante offrira quelqu'intérêt, en s'ajoutant à celles qui ont déjà été publiées dans le but de déterminer l'influence de l'action musculaire dans certaines ruptures du rachis.

Obs. — Le nommé Mathurin Tual, militaire, âgé de 36 ans, né dans la commune de Meneac (Morbihan), fut conduit, le 26 juillet dernier, dans la Maison royale de Charenton.

Violente agitation et perturbation des facultés intellectuelles, impuissance absolue de la volonté pour régler le cours des idées, loquacité incessante, tels étaient, en résumé, les principaux symptômes de l'aliénation dont il était atteint.

Tual était, d'ailleurs, d'une constitution robuste, de grande taille; il avait un peu d'amaigrissement qui paraissait tenir uniquement à son état habituel d'agitation, et à la privation prolongée de sommeil qui en était la suite.

Nous n'avions pu obtenir aucun renseignement sur son état antérieur, si ce n'est qu'il était malade depuis environ un mois.

Au bout de quelques jours, l'application d'un traitement énergique parvint à diminuer le trouble des fonctions cérébrales, mais cette amélioration fut de courte durée.

Le 10 septembre, quelques minutes après la visite de M. Foville, médecin en chef, je fus appelé auprès de ce malade. Depuis plusieurs jours, il avait eu de la diarrhée, et on l'avait fait passer dans une infirmerie. Or, malgré la débilitation évidente des forces, son agitation n'ayant rien perdu de son intensité, et les besoins du service ne permettant pas d'attacher un infirmier exclusivement à sa per-

sonne, on était contraint de le tenir dans la camisole, et fixé sur un fauteuil à certaines heures du jour.

Les moyens à l'aide desquels Tual était maintenu sur son fauteuil, consistaient : 1° en deux courroies de cuir qui, partant de la partie supérieure du dossier, s'engageaient sous les épaulettes de la camisole, et fixaient les épaules ; 2° en deux autres courroies, partant également du dossier, un peu plus bas que les premières, et servant à y tenir appliqués les bras qu'elles embrassaient dans leurs anses. Les pieds étaient libres de toute entrave.

D'après le récit de l'infirmier, dont les assertions sont confirmées par un malade, Tual, quelques minutes avant mon arrivée, aurait, dans un accès d'agitation, essayé de se dégager de ses liens. Après avoir exécuté, pendant quelque temps, des mouvements latéraux du corps, naturellement très-bornés, il s'était soulevé sur son siége, avait énergiquement redressé la tête, et puis l'avait projetée en avant avec violence. A la suite de ce dernier mouvement, la tête était restée fléchie sur le cou, le cou sur la poitrine, et les membres dans un état de résolution absolue. Cet état persistait à mon arrivée. Tual n'avait poussé aucun cri, exprimé aucune douleur au moment de l'accident.

Je constate la paralysie complète des membres inferieurs; les muscles abdominaux sont mécaniquement repoussés par les viscères, lesquels le sont eux-mêmes par les contractions du diaphragme; mais il est aisé de reconnaître qu'ils ne participent plus d'une manière active à la respiration qui se fait par le diaphragme. Les muscles interosseux sont également paralysés; les pectoraux ont conservé une très-faible partie de leur action : les avant-bras et les mains exécutent quelques mouvements, moins étendus du côté gauche que du côté droit. La région cervicale a perdu une grande partie de ses puissances musculaires; la tête se meut librement sur le cou; mais le cou retombe sur la poitrine lorsqu'on l'abandonne à son propre poids. Les mouvements de la face et de la langue sont parfaitement libres; la déglution se fait sans difficulté.

La sensibilité est abolie partout où les mouvements sont paralysés.

Il n'existe nulle part ni ecchymose, ni gonflement, ni déformation, sur le trajet de la colonne vertébrale, dont l'examen, ordinairement si douloureux en pareil cas, n'arrache aucune plainte au malade. La physionomie n'offre pas une expression de souffrance bien prononcée; mais l'égarement du délire. Il ne répond pas aux questions que je lui adresse, mais remue les lèvres, et paraît suivre quelque idée étrangère à sa situation actuelle.

Je le revois dans la soirée : son état n'a pas varié. L'impuissance dans laquelle il est de mouvoir ses membres lui fait croire qu'on l'a fixé sur son lit. Il demande qu'on le débarrasse des liens qui le retiennent; sa voix est à peine altérée.

Le 11 septembre au matin, les mouvements respiratoires paraissent encore plus bornés que la veille. Les extrémités sont froides; le pouls faible et lent. L'état de réplétion de la vessie ne permet pas de douter de sa paralysie; le cathétérisme est pratiqué. Le malade prend sans difficulté un bouillon et quelques pruneaux. Le soir, la respiration est presque éteinte; le pouls presque insensible, le teint animé, les yeux saillants, le refroidissement général; les mouvements des avant-bras et des mains persistent. Tual se plaint de suffoquer.

La mort a lieu dans la nuit, à deux heures, sans qu'il y ait eu apparition de nouveaux symptômes.

Autopsie, 30 heures après la mort.

Après la mort, le cadavre a été couché sur le ventre, afin d'empêcher l'afflux mécanique du sang vers la région vertébrale.

Après avoir divisé les couches profondes des muscles spinaux postérieurs qui sont le siége d'ecchymoses assez étendues, on aperçoit une solution de continuité existant entre la cinquième et la sixième vertèbre cervicale.

Le ligament cervical postérieur, les fibres musculaires inter-épineuses sont rompues, et aucun moyen d'union n'est conservé entre les apophyses épineuses de ces deux vertèbres, dont les bases laissent entre elles un espace de 3 à 4 millimètres qui permet de voir les débris du ligament jaune également rompu, et, au-dessus de lui, la moelle revêtue de ses enveloppes membraneuses.

Par suite de ce léger écartement, on aperçoit aussi les surfaces cartilagineuses supérieures des apophyses articulaires de la sixième vertèbre cervicale.

Les apophyses transverses ont conservé leurs moyens d'union, les muscles inter-transversaux sont, sinon entiers, du moins en grande partie conservés. Toutefois, l'apophyse de la sixième cervicale du côté gauche est entamée, une partie de la lèvre antérieure de la gouttière qu'elle forme est fracturée.

La substance inter-vertébrale qui unit le corps de la cinquième vertèbre à celui de la sixième est déchirée; une partie du disque a suivi la cinquième vertèbre, et l'autre partie, plus considérable, est restée adhérente à la sixième. Les surfaces osseuses ne sont point entamées; il n'y a point de déplacement.

Une particularité à noter, c'est qu'il existe deux côtes surnuméraires articulées avec la septième vertèbre cervicale; leurs têtes sont bien conformées, leurs corps rudimentaires se perdent dans l'épaisseur des muscles.

Intérieur du rachis. — Le tissu cellulaire extérieur à la dure-mère est infiltré d'une assez grande quantité de sang, particulièrement au niveau et au-dessous de la rupture.

La dure-mère, teinte de sang, est intacte dans son tissu; l'incision de cette membrane donne issue à une sérosité sanguinolente assez abondante.

L'arachnoïde et la pie-mère n'offrent aucune déchirure, mais le réseau vasculaire qui enveloppe la moelle et les origines nerveuses est dans un état de réplétion qui le rend très-apparent aux environs de la rupture.

La moelle ayant été fendue longitudinalement, en suivant son sillon postérieur, on aperçoit, au niveau de la rupture du rachis, une vaste ecchymose qui occupe toute l'épaisseur de la substance médulaire. Quelques fibres sont rompues, mais le plus grand nombre d'entre elles sont seulement bai-

gnées par le sang épanché. L'épanchement s'étend, en outre, au-dessous de la rupture, jusqu'à la deuxième vertèbre dorsale, et remonte au-dessus jusqu'au bord inférieur de la troisième cervicale; mais diminuant de volume à mesure qu'il s'éloigne du niveau de la rupture, il n'occupe que la partie centrale de la moelle, dont il a détruit la substance grise.

On serait tenté, de prime abord, de regarder l'action musculaire comme ayant été la cause unique de cette rupture du rachis; mais, si l'on examine avec soin ce qui s'est passé, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que l'action des muscles a été puissamment secondée :

1° Par le poids de la tête agissant à l'extrémité de la tige rachidienne;

2° Par la situation forcée du malade; en effet, toute la partie du rachis située au-dessous des liens qui fixaient les épaules était fortement appliquée contre le dossier du fauteuil, par le double effet de ces liens et du bassin; dès lors elle ne pouvait obéir au mouvement de flexion communiqué de haut en bas, et l'action de toutes les forces est venue nécessairement se concentrer sur l'articulation inter-vertébrale immédiatement supérieure aux liens qui fixaient le rachis.

Les cas, peu nombreux d'ailleurs, qui ont été publiés dans le but de prouver que l'action musculaire suffit à elle seule pour produire la rupture du rachis, ne nous paraissent pas plus concluants que celui qui s'est offert à notre observation, parce que, dans tous, comme dans celui-ci, il y avait complication évidente d'autres causes. Ainsi donc, le point d'étiologie chirurgicale n'a été, jusqu'ici, jugé par aucun fait.

(*Ibidem*, n° 8.)

---

113. *De l'exploration de l'appareil auditif, ou recherches sur les moyens propres à conduire au diagnostic des maladies de l'oreille;* par P. Menière, médecin de l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite).

§ IV. — *Trompe d'Eustachi.*

L'oreille moyenne, ou cavité tympanique, située profondément, semblerait devoir être à l'abri de la plupart des causes morbides qui agissent sur l'appareil auditif. Cependant les organes délicats qu'elle renferme, la membrane muqueuse qui la tapisse, et sa libre communication avec l'air extérieur, rendent bien compte de la fréquence des lésions dont cette cavité est le siège. L'observation clinique prouve en effet que la plupart des maladies de l'oreille dépendent d'altérations organiques, soit de la membrane muqueuse et de ses produits, soit des osselets tympaniques ou des tissus membraneux ou osseux qui constituent les cellules mastoïdiennes. Or, pour arriver à reconnaître ces diverses lésions, il faut évidemment recourir à des méthodes d'examen qui permettent d'apprécier rigoureusement les phénomènes physiques qui se passent dans cette cavité.

La caisse du tympan communique au dehors par le moyen d'un conduit appelé trompe d'Eustachi; mais cette communication n'est pas directe, immédiate. En effet, la trompe d'Eustachi s'ouvre à la partie supérieure des voies aériennes, au sommet du pharynx, derrière les fosses nasales, de sorte que l'intégrité de ces parties est une première condition du libre exercice des fonctions auditives. S'il est vrai que les maladies du méat influent beaucoup sur l'ouïe, à plus forte raison doit-il en être ainsi de celles qui se rencontrent si fréquemment dans les narines, dans le pharynx, et qui consistent le plus souvent dans des lésions de la membrane muqueuse qui se continue au travers de la trompe et dans la cavité tympanique. Il faut donc examiner avec soin l'isthme du gosier, le sommet du pharynx, les fosses nasales, afin de constater l'état de la membrane muqueuse qui revêt ces parties. Je décrirai ailleurs les signes importants que fournit cet examen. Qu'il me suffise de dire aujourd'hui que la muqueuse pharyngienne est à beaucoup de maladies d'oreilles ce que la conjonctive est aux maladies de l'œil.

Il y a constamment de l'air et du mucus dans l'oreille moyenne, et ces deux substances s'y renouvellent sans cesse dans l'état sain au moyen de la trompe d'Eustachi et de la membrane muqueuse qui la parcourt. Un obstacle au renouvellement de l'air, la production d'une quantité trop considérable de mucosités, changent toutes les conditions physiologiques de l'organe auditif et amènent des désordres dans les fonctions.

Comment peut-on apprécier ces changements? Quels moyens faut-il employer pour reconnaître une obliteration plus ou moins complète de la trompe? Par quel procédé parviendra-t-on à découvrir une accumulation de mucus dans la caisse? Toute maladie de l'oreille qui n'a pas sa cause directe dans le méat externe ne pourra jamais être reconnue, diagnostiquée, tant que l'on n'aura pas exploré la trompe d'Eustachi, ainsi que la cavité tympanique. Il importe donc beaucoup de procéder à cet examen avec un soin scrupuleux, et pour y parvenir, j'indiquerai successivement les divers moyens mis en usage pour arriver à ce but.

Il n'est personne qui n'ait senti l'air pénétrer au travers de la trompe et arriver dans l'oreille moyenne. Cette sensation est à peine perçue dans l'état normal. Alors, en effet, les mouvements de déglutition, l'action de se moucher, de cracher et autres phénomènes physiques qui mettent en jeu la contractilité du pharynx, agissent sur la trompe et déterminent une sorte de circulation alternative de l'air, en vertu de laquelle ce fluide se renouvelle sans cesse dans la cavité tympanique. Mais il arrive souvent que les choses ne peuvent se passer ainsi; l'air, renfermé dans la caisse s'y raréfie, s'y altère, et l'ouïe perd une partie de sa finesse. Ces circonstances rendent nécessaire l'emploi de quelques moyens propres à rétablir le libre passage de l'air.

Pour ceux qui se rendent compte des phénomènes dont leurs organes sont le siége, il est facile de remédier au mal, et l'observation journalière en indique le traitement. Souvent un léger coryza occasionne une obstruction passagère de la trompe, et la surdité qui en est la suite cesse aussitôt que par un effort quelconque d'expiration (la bouche et le nez étant fermés), l'air vient à passer dans la trompe et renouvelle celui qui remplissait la caisse. Cette action est tellement efficace, que la plupart des malades y ont recours instinctivement à leur insu. Je crois devoir insister sur ce point, et démontrer qu'on n'en a pas tiré tout le parti convenable.

Deux choses me paraissent surtout influer sur le passage de l'air au travers de la trompe d'Eustachi; ce sont les mouvements d'abaissement de la mâchoire et les contractions du pharynx et de ses annexes. C'est toujours par suite d'un bâillement, d'un éternuement, d'un effort pour se moucher, cracher ou avaler, que l'on sent une bulle d'air traverser la trompe et entrer dans la caisse. Or, la répétition volontaire de ces mêmes actes donne lieu bien plus sûrement encore à ce résultat si utile, et pour peu qu'on veuille s'y appliquer, étudier les petites particularités qui en assurent le succès, on parviendra facilement à introduire dans l'oreille moyenne cette portion d'air si nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Beaucoup d'individus, j'en conviens, ne savent pas user de cette force active pour désobstruer la trompe d'Eustachi; mais il est facile de leur en enseigner l'emploi. C'est, à mon avis, le premier et peut-être le plus important de tous les procédés d'exploration de l'oreille moyenne; et voici le parti que l'on peut en tirer.

La plupart des malades affectés de surdité par suite d'une lésion de la caisse du tympan doivent être interrogés à l'effet de savoir ce qu'ils ressentent dans l'oreille quand ils se mouchent, quand ils bâillent, quand ils éternuent, quand ils mangent, etc. Il est très-rare que ces diverses actions n'aient pas quelque influence sur la surdité dépendante d'une affection catarrhale de la trompe ou de la caisse, et presque toujours le malade a noté quelque phénomène subit arrivé dans ses oreilles à l'occasion d'un de ces actes. Il est très-facile d'en reproduire de semblables, et j'ai réussi bien souvent à améliorer l'ouïe d'une manière instantanée, soit en provoquant un éternuement, soit en engageant le malade à faire une forte expiration, pendant que la bouche et le nez étaient complétement fermés. Au reste, une pratique ancienne a consacré les avantages des sternutatoires dans les malades de l'oreille, et l'on peut facilement se rendre compte de leur mode d'action.

L'art d'introduire de l'air dans la caisse du tympan se perfectionne par l'habitude, et quelques personnes réussissent parfaitement à combattre par ce moyen la surdité dont elles sont atteintes. L'occlusion de la bouche et des narines ne suffit pas toujours pour pousser l'air expiré jusque dans la trompe, il faut joindre à cet effort un mouvement de deglutition, ou une inclinaison de la tête en avant ou en arrière; chez plusieurs malades, soumis à mon observation, il fallait en outre placer la pulpe du doigt indicateur sur l'orifice du méat externe, et agiter vivement la portion d'air renfermée dans ce canal ainsi que dans la cavité du tympan. Ceux qui ont les narines habituellement fermées par le gonflement de la membrane muqueuse qui les tapisse réussissent quelquefois en diminuant ce gonflement d'une manière subite. Pour détruire ce coryza permanent, on a recours aux aspirations d'eau froide légèrement vinaigrée, à l'application d'une éponge imbibée d'eau froide sur le front et à la nuque; il suffit quelquefois de s'exposer pendant la nuit à l'action de l'air refroidi; enfin d'autres personnes arrivent au but en se couchant sur le côté pendant un temps plus ou moins long. Par cette position, les liquides qui engagent la membrane pituitaire cèdent à la pesanteur, abandonnent la narine supérieure ainsi que l'orifice de la trompe, et alors une forte expiration pousse l'air jusque dans la caisse. La même chose arrive en se couchant sur le côté opposé.

Ces divers procédés, utiles au malade pour améliorer son audition, ont également beaucoup d'importance lorsqu'il s'agit d'etablir le diagnostic de la maladie. Mais comme il n'est pas toujours possible de se procurer à cet égard toutes les lumières désirables, il faut recourir à un moyen plus efficace, plus direct, et dont l'application est tout entière dans la dépendance du médecin. Cependant, je ne me décide ordinairement à passer une sonde dans la trompe qu'après avoir engagé le malade à faire un effort d'expiration, la bouche et le nez fermés. Si l'on examine le tympan dans le moment même, on voit souvent cette cloison projetée en dehors, légèrement ridée par la portion d'air qui arrive dans la caisse; et il est évident, dans ce cas, que le cathétérisme de la trompe ne peut rien apprendre de plus. Mais lorsque le malade ne réussit pas à faire entrer l'air dans la caisse, alors l'exploration de la trompe d'Eustachi est le complément obligé de toutes les recherches sur le diagnostic d'une maladie de l'oreille, quand elle n'a pas son siége évident dans le méat externe et à la superficie du tympan. Sans m'occuper ici de la partie historique de cette question largement traitée dans les ouvrages d'Itard et de Kramer, je vais décrire le cathétérisme de la trompe d'Eustachi tel qu'il me paraît devoir être pratiqué pour atteindre le but qu'on se propose.

Et d'abord, je pose en principe que l'extrême variété de formes du nez et des fosses nasales ne permet pas d'établir des préceptes, des règles certaines, devant servir de guide dans le choix de l'instrument propre à effectuer ce cathétérisme. L'âge du sujet, la forme de sa tête, le developpement de la face, sont autant de causes qui modifient beaucoup la longueur de la voûte palatine, de sorte que l'on rencontre rarement deux sujets chez lesquels l'orifice de la trompe d'Eustachi soit situé à la même distance de l'épine nasale antérieure. D'un autre côté, la déviation presque constante de la cloison médiane du nez, le volume et la position variable du cornet inférieur, sont autant de circonstances qui s'opposent à l'introduction facile de la sonde dans le pavillon de la trompe. Il résulte de tout cela qu'il n'est aucun instrument, aucune méthode de cathétérisme dont le succès soit constant. J'ai eu

recours successivement à toutes les sondes tour à tour préconisées par les divers auteurs, et j'ai pu me convaincre que chacune d'elles ne convenait bien que dans certains cas déterminés, et qu'il fallait avant tout que l'instrument à employer s'adaptât bien aux fosses nasales qu'il devait parcourir.

Les changements de forme, de direction, d'étendue, que présente l'appareil olfactif, suivant l'âge du sujet, influent beaucoup sur la position relative du pavillon de la trompe d'Eustachi; en conséquence, il importe de tenir compte de ces diverses circonstances lorsqu'il faut pratiquer le cathétérisme de ce conduit. Les fosses nasales s'agrandissent, dans toutes les directions, par le progrès de l'âge; mais le diamètre vertical et l'antéro-postérieur sont ceux qui prennent le plus d'accroissement. Il en résulte que l'ouverture de la trompe est située plus profondément, et que la sonde doit avoir plus de longueur, à mesure que le malade s'éloigne davantage de la jeunesse. Je ne crois pas que l'on puisse indiquer des mesures rigoureuses, et l'on se convaincra de cette impossibilité en examinant la saillie de la face chez les adultes, et les nombreuses variétés de longueur que présentent les diamètres mento-bregmatique et occipito-mentonnier. Plus la saillie de l'occipital est considérable, plus le méat auditif est antérieur, et plus le plancher des foses nasales est court. Cette brièveté de l'apophyse palatine et de la portion horizontale de l'os palatin se rencontre chez les individus qui ont la face large, le nez épaté, tandis que le contraire se remarque chez ceux qui ont le nez busqué, le visage étroit et saillant, et les arcades zygomatiques fort allongées.

Je n'attache pas une grande importance à l'appréciation exacte de la longueur du plancher des fosses nasales, et en voici la raison : pour pratiquer le cathétérisme de la trompe avec précision, je crois qu'il est indispensable de conduire la sonde jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, et de ramener son extrémité le long de la paroi externe de cette cavité, sans tenir compte de la position du voile du palais, qui ne fournit aucune lumière en cette circonstance.

Mais l'obstacle le plus réel que l'on rencontre alors vient de la position et de la forme de la cloison médiane des fosses nasales. Les diverses parties qui constituent ce septum conservent rarement une direction verticale. Dans le plus grand nombre des cas, la déviation s'est effectuée de telle façon que la cavité droite offre moins de capacité. Le cornet inférieur du même côté a souvent aussi plus de volume, de sorte que ces deux circonstances rendent fort difficile l'introduction de la sonde, qu'elle soit d'argent ou de gomme élastique, et à courbure plus ou moins grande. J'indiquerai plus loin un moyen de remédier à cet inconvénient.

Dans tous les cas, il faut examiner avec attention la forme extérieure du nez, car presque toujours l'inclinaison latérale de la cloison médiane est indiquée par la saillie du cartilage qui forme sa partie antérieure. On doit aussi relever le lobule du nez, et quelquefois même introduire le spéculum dans les narines, afin d'apprécier exactement le degré d'étroitesse ou d'obliquité des fosses nasales. Il est nécessaire de placer le malade en face d'une fenêtre bien éclairée.

Ces précautions sont utiles, parce qu'elles dirigent l'opérateur dans le choix de l'instrument le plus propre à effectuer un bon cathétérisme. Si le nez est long, étroit, si la cloison médiane est déjetée, et si le cornet inférieur est volumineux, on devra prendre une sonde flexible, armée d'un mandrin léger et peu recourbé, afin de parcourir sans peine la voie étroite par où il faut pénétrer. Dans le cas contraire, on choisira une sonde d'argent solide, à courbure plus considérable, et qui puisse, dans son mouvement de rotation en dehors, atteindre l'orifice de la trompe et s'y engager.

Il peut arriver que l'une des narines soit déformée au point de ne pouvoir admettre une sonde quelconque. Dans des cas de ce genre, j'ai réussi à pratiquer le cathétérisme par la bouche en soulevant le voile du palais. M. Deleau conseille de porter la sonde dans l'autre narine, de lui donner une courbure plus considérable, et il dit avoir réussi. Quelques essais sur le cadavre m'ont prouvé que ce procédé était d'une application difficile, pour ne pas dire impossible, et j'ai besoin de faits plus nombreux pour asseoir un jugement définitif. Je sais d'ailleurs que le docteur Fabrigi regardait la chose comme impossible.

Voici maintenant de quelle manière il faut agir : le malade, placé comme je l'ai dit devant une fenêtre bien éclairée, est assis, la tête un peu relevée, sans qu'il soit utile de l'appuyer sur un coussin. La main gauche seule, placée sur le front, suffit pour empêcher les mouvements de cette partie. L'instrument est tenu de la main droite, et la concavité de sa courbure est dirigée en bas. Le bec de la sonde parcourt toute la longueur du plancher de la fosse nasale, et arrive au bord adhérent du voile du palais. Je crois inutile de s'arrêter dans cet endroit, comme la plupart des chirurgiens le conseillent, et de chercher l'orifice de la trompe en passant aussitôt de ce plan incliné à la partie externe du pharynx. L'expérience m'a prouvé qu'il vaut mieux aller au-delà, toucher la paroi postérieure du pharynx, et ramener la sonde d'arrière en avant, afin de rencontrer le bord saillant du pavillon de la trompe.

Il importe beaucoup, pour le succès de l'opération, que les parties qui entourent la trompe conservent leur position normale. Or, la présence du bout de la sonde donne lieu à une contraction du voile du palais et de tout le pharynx, et change la situation respective de la trompe et des fosses nasales. C'est pour éviter cet inconvénient que je porte la sonde aussi loin que possible, afin de ne pas stimuler les muscles péristaphylins et ceux du pharynx.

En ramenant la sonde le long de la paroi externe du pharynx, on sent bientôt une saillie sur laquelle glisse l'instrument, et, au-devant d'elle, une cavité qui reçoit le bout de la sonde. Un mouvement de rotation en dehors un peu plus prononcé fait pénétrer cette sonde plus loin, et si on essaie de l'attirer au-dehors en lui conservant la direction précédemment indiquée, on sent un obstacle qui prouve que l'instrument est engagé dans un conduit d'où il ne peut sortir qu'en suivant la route oblique

qu'il a parcourue pour y pénétrer. La sonde, ainsi engagée, s'avance seulement de 3 à 4 lignes dans la trompe, et détermine une sensation plutôt incommode que douloureuse. Quelquefois le malade ressent une sorte de chatouillement dans le méat externe, et y porte instinctivement le doigt; mais, dans le plus grand nombre des cas, cela n'arrive point.

Quel but se propose-t-on en introduisant une sonde quelconque dans la trompe d'Eustachi? Il s'agit évidemment de savoir si ce conduit est libre, jusqu'à quel point il l'est, et quel genre d'obstacle s'oppose au passage de l'air. La sonde seule peut-elle éclaircir toutes ces questions? C'est ce que je vais examiner brièvement.

D'abord, il faut admettre que les sondes d'argent ou de gomme élastique ont toujours trop de volume pour parcourir la trompe dans toute sa longueur. Son tiers supérieur n'a pas plus d'une ligne de diamètre, et les parois doivent à un épais cartilage un degré de résistance qui ne permet aucune distension. Plus haut encore, la portion osseuse n'est pas moins inextensible, de sorte que, pour arriver jusque dans la caisse, il faudrait avoir recours à une bougie filiforme, à une corde de boyau d'un très-petit diamètre, comme celles employées par Kramer. Mais les sondes de Saissy et d'Itard, celles de M. Deleau et de plusieurs médecins auristes, ne peuvent occuper que la moitié et tout au plus les deux tiers de la longueur totale de ce conduit, de sorte que tout obstacle situé au-delà de ces limites ne peut être ni reconnu, ni détruit par ces divers instruments.

Dans le plus grand nombre des cas, l'occlusion de la trompe est le résultat du gonflement de la membrane muqueuse qui la tapisse, ou d'une accumulation de mucus épaissi et altéré de diverses manières. Nul doute qu'on ne parvienne le plus souvent à vaincre la résistance de ces deux états pathologiques; mais cela ne peut avoir lieu que dans de certaines limites, et, il faut le dire, presque toujours la guérison arrive spontanément. Mais lorsqu'on rencontre un mode de lésion plus grave, une induration chronique de la partie supérieure du pharynx, une oblitération causée par des cicatrices ou toute autre maladie analogue, l'usage des sondes n'est d'aucune utilité, et il faut y renoncer. Ainsi, comme moyen direct de traitement, les sondes ne peuvent guérir les maladies graves de la trompe d'Eustachi, et celles de ces maladies qui le sont moins se guérissent toutes seules.

Mais ordinairement les recherches dirigées de ce côté ont pour but le diagnostic des maladies de la caisse du tympan, et l'expérience de tous les jours prouve leur efficacité. Beaucoup de lésions, situées dans cette cavité, laissent la trompe non pas parfaitement saine, mais du moins facilement perméable à l'air qu'on y pousse du dehors. La sonde pénètre plus ou moins loin, et l'on peut apprécier le degré de résistance que produit le gonflement de la muqueuse. On le reconnaît à la petite quantité d'air qui arrive dans la caisse, et au bruit pharyngien, auquel donne lieu la plus grande partie de l'air insufflé, qui revient entre la sonde et le conduit. Si l'on examine avec soin la profondeur à laquelle arrive la sonde, et la quantité d'air qui pénètre dans la caisse, on saura le lieu où est situé l'obstacle, ainsi que son degré de force. De plus, on apprendra par le même moyen quelle sorte d'altération existe dans la caisse du tympan; si cette cavité contient une quantité notable de mucus; si la surdité résulte du défaut de renouvellement de l'air; enfin, si l'injection de ce fluide a de l'influence sur les phénomènes morbides qui s'y passent.

On voit que le cathétérisme de la trompe constitue un moyen de diagnostic du plus haut intérêt dans l'étude des maladies de l'oreille moyenne, et qu'il est impossible d'avoir une opinion exacte sur ces maladies, si l'on n'a pas fait cette opération. J'ajouterai que les affections morbides, situées plus profondément, c'est-à-dire dans l'oreille interne, peuvent être reconnues à l'aide de ce même cathétérisme, en raison des symptômes négatifs dont on constate alors l'existence dans la caisse. En procédant par exclusion, on arrive à prouver que le méat externe, le tympan et l'oreille moyenne sont exempts d'altération, et que, par conséquent, la cause des accidents réside dans l'appareil labyrinthique ou dans le système nerveux.

L'exploration du conduit auditif externe occasionne quelquefois de la douleur, ainsi que je l'ai dit, mais cela est rare, tandis que le cathétérisme de la trompe d'Eustachi est toujours accompagné de particularités qu'il importe de faire connaître. Le passage de la sonde au travers des fosses nasales produit une sensation désagréable, sorte de chatouillement aigu, qui met en mouvement les muscles du nez, des lèvres, ainsi que ceux du visage. L'œil correspondant à la narine par où passe la sonde se mouille de larmes abondantes, le diaphragme se contracte subitement, et chez quelques individus plus irritables il survient des nausées et même des vomissements. Enfin la membrane muqueuse, froissée par le cathéter, verse quelques gouttes de sang.

La sonde, arrivée au sommet du pharynx, donne lieu souvent à des contractions spasmodiques de cet organe, qui agitent la trompe, et il faut attendre le calme pour pouvoir introduire l'instrument par un mouvement de rotation en dehors. Une main exercée arrive bien vite au but, mais souvent aussi il faut recourir à des tâtonnements qui irritent des parties éminemment sensibles et fatiguent beaucoup le malade. La sonde, en pénétrant dans le pavillon de la trompe, produit une sensation d'une autre nature que la précédente, mais également désagréable. Je dois dire que la sonde d'argent cause en général moins de douleur que celle de M. Deleau, et que les malades qui ont été soumis à l'action de l'une et de l'autre donnent la préférence à la première. Cela vient surtout de ce que la sonde flexible est armée d'un mandrin qu'il faut retirer en même temps que l'on pousse l'instrument pour qu'il monte plus haut en s'accommodant aux courbures du canal. Ce temps de l'opération est douloureux et beaucoup de malades se retirent brusquement en arrière pour fuir cette sensation pénible.

En général cette opération ne peut être pratiquée chez les sujets très-jeunes; cependant j'ai réussi chez une petite fille de trois ans, mais c'est une

rare exception. D'un autre côté je pense qu'il faut s'en abstenir chez les personnes avancées en âge. Il me serait facile de prouver par des faits authentiques qu'il y a du danger à sonder la trompe des vieillards et que souvent alors on donne lieu à un emphysème sous muqueux qui s'étend aux parties latérales du col, au pharynx et même à l'orifice des voies aériennes. Cet accident peut arriver chez des sujets jeunes, lorsque des symptômes inflammatoires encore persistants diminuent le degré de consistance des membranes muqueuses de cette région et rendent très-facile le passage de l'air dans le tissu cellulaire sous-jacent. Les occlusions plus ou moins fortes de la trompe, les ulcérations du sommet du pharynx, le développement anormal des follicules muqueuses ne permettent pas toujours de donner à la sonde une position bien convenable; son extrémité perfore la membrane muqueuse et l'air insufflé s'infiltre dans le tissu cellulaire qu'il distend de proche en proche. Presque aussitôt le malade se plaint de sentir un craquement singulier et il indique en même temps l'augmentation de volume de son cou. Quelquefois il éprouve un gonflement du voile du palais et d'un des côtés du pharynx, sa voix est fortement altérée et ces accidents peuvent devenir sérieux si l'on continue d'insuffler de l'air. L'emphysème du voile du palais, de la luette et du pharynx, portée à un certain point, cause une gêne que l'on fait cesser en pratiquant sur ces parties de légères mouchetures avec une aiguille à cataracte ou tout autre instrument analogue.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustachi donne encore lieu à un autre phénomène, je veux parler d'une douleur assez vive, ressemblant à une piqûre, que le malade ressent à la partie inférieure du col, presqu'au niveau de la clavicule. Cette douleur persiste quelquefois pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, et je viens de voir une dame qui l'a ressentie pendant environ trois mois. Cet accident est rare et on l'observe à peine une fois sur vingt ou trente malades. Quelques personnes l'éprouvent constamment. L'examen du pharynx pendant que la sonde est en place ne m'a rien appris sur la cause de cette douleur. Je l'ai constatée à droite, à gauche, mais jamais des deux côtés à la fois chez le même individu. Elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes et doit être considérée comme une affection sympathique.

(*Ibidem.*, n° 45.)

---

114. *Passe-lacet introduit dans la vessie par le canal de l'urètre, chez une femme, extrait à l'aide du brise-pierre à percussion; observation communiquée* par M. le docteur Ant. Bouchacourt, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

Obs.—Le 9 avril dernier, je reçus la visite d'une jeune ouvrière qui, après de longues hésitations, m'avoua que le matin même elle s'était introduit un long passe-lacet en fer dans les parties génitales. Livrée depuis quelques années à la funeste habitude de la masturbation, elle en était venue à se servir d'instruments métalliques; l'un d'eux venait de lui échapper et de pénétrer dans la vessie. Elle souffrait de vives douleurs et désirait ardemment qu'on la soulageât par l'extraction du corps étranger. L'examen des parties extérieures de la génération, le toucher vaginal, le cathétérisme urétral ne me firent rien apprécier, soit à la vulve, soit dans le vagin ou à l'entrée du canal de l'urètre; une sonde de femme, en pénétrant dans la vessie, tomba sur un corps dur qui donna, par le frottement et la percussion, un bruit métallique: le passe-lacet était donc dans la vessie, c'était un fait hors de doute; il s'agissait de l'extraire.

Connaissant toute la dilatabilité du canal de l'urètre chez la femme, je songeai d'abord à y introduire des pinces à pansement ordinaire, pour aller saisir et amener le corps étranger; mais je ne pouvais serrer les mors de la pince qu'en saisissant en même temps une partie des muqueuses, et je n'amenai rien malgré des tentatives réitérées faites avec attention et ménagement; j'y renonçai bien vite.

L'idée me vint alors de recourir au lithotriteur de M. Heurteloup; j'en avais un dont les branches, fortement dentées, point trop volumineuses, glissaient facilement l'une sur l'autre, ce dont je m'assurai de prime abord, en rendant ce mouvement plus facile, avec quelques gouttes d'huile d'olive.

Une certaine quantité d'urine s'était écoulée durant ces manœuvres; je n'en persistai pas moins dans l'emploi du lithrotriteur. Introduit bien graissé, il tomba sur la tige métallique; le retournant ensuite de manière à placer le bec en bas, je l'ouvris et m'efforçai de la saisir, mais inutilement. Je l'ouvris alors avant de l'avoir complètement retourné; puis dirigeant l'ouverture des branches en bas, j'appuyai sur la branche mobile et je reconnus un écartement de 3 millimètres. Le corps était saisi; dès lors, il ne s'agissait plus que de l'amener au dehors; j'étais décidé à tirer avec quelque violence, au besoin à inciser pour en faciliter la sortie; mais en relâchant légèrement les branches, j'eus moins de peine à l'extraire, et bientôt, à la grande satisfaction de la malade et à la mienne, le passe-lacet était sorti.

Durant toutes ces tentatives, qui exigèrent près de 25 minutes, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang; la malade supporta ces manœuvres avec courage; je lui conseillai le repos, un bain tiède dans le jour; j'ai su depuis qu'elle se trouvait très-bien, mais je ne l'ai pas revue.

Le passe-lacet a 76 millimètres de longueur; il est légèrement noirci, mais point oxidé; aucun dépôt salin ne s'est fait à sa surface, ce qui n'est pas étonnant, vu le peu de temps qui s'est écoulé entre son introduction et son extraction.

J'ai pensé que cette observation intéresserait les lecteurs en leur fournissant quelques indications opératoires dans le cas où un semblable accident se présenterait dans leur pratique. Comme rien de bien précis n'est formulé sous ce rapport par les auteurs de chirurgie, il importe de s'attacher aux cas spéciaux, de les bien étudier et de leur demander des principes de conduite.

Il serait facile d'établir quelques rapprochements

entre les faits consignés dans les derniers numéros de la *Gazette Médicale de Paris* (avril et mai 1840) et l'observation que je rapporte. Je me bornerai seulement à fixer l'attention sur l'avantage incontestable que m'ont présenté les instruments de lithotritie, sur la nécessité de choisir ceux à percussion, ou la pince de Hunter, qui pourrait offrir quelque avantage; sur l'urgence de l'opération avant que les contractions de la vessie, les mouvements aient changé la position du corps étranger, et aussi avant que des dépôts, formés par les sels de l'urine, n'aient augmenté son volume au point d'en rendre l'extraction plus difficile, ou même impossible sans incision. C'est par ce motif que l'exploration doit être faite avec le plus grand soin, avec le doigt ou avec la sonde, et qu'il ne faut pas se hâter de prononcer qu'il n'y a rien, lorsqu'un examen superficiel n'a rien pu faire découvrir.

(*Ibidem.*, n° 46.)

---

115. *Tableau statistique des amputations faites à l'hôpital de Northern, à Liverpool, de mars 1834 à mars 1841;* par M. Edward Parker.

Ce tableau porte sur 73 cas de maladies spontanées et de lésions traumatiques.

Sur ce nombre total, 20 amputés ont succombé, mais, en décomposant ce résultat général, nous trouvons que :

Sur 37 amputations de jambe, 28 ont été faites pour des lésions traumatiques; sur ce nombre, 8 sujets ont succombé : 9 pour des maladies spontanées ; 3 morts.

Sur 20 amputations de cuisse, 8 pour lésions traumatiques, 2 morts ; 12 pour maladies spontanées, 2 morts.

Les 9 amputations de l'avant-bras ont toutes été faites pour lésions traumatiques ; 3 morts.

Sur 7 amputations du bras, 4 pour lésions traumatiques, 1 mort ; 3 pour maladies spontanées, 1 mort.

En résumé, la mortalité des amputations du membre inférieur a été de 15 sur 57, ou de 1 sur 3 4/5.

Celle des amputations du membre supérieur a été de 5 sur 16, ou de 1 sur 3 1/5.

Dans les amputations faites pour lésions traumatiques, on a perdu 14 malades sur 49, ou 1 sur 3 1/2.

Dans celles qui ont lieu pour des maladies spontanées, on en a perdu 4 sur 24, ou 1 sur 4.

Enfin les amputations primitives ont fourni 8 morts sur 40, ou 1 sur 5, et les consécutives 6 morts sur 9, ou 1 sur 1 1/2.

Remarquons que tous ces résultats confirment les principes depuis long temps admis dans la science, à part la mortalité plus considérable dans les amputations du membre supérieur, qui n'est ici qu'une circonstance accidentelle.

(*London Med Gazette.*)

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

116. *Mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura stramonium;* par M. J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Suite (1).

DEUXIÈME PARTIE.

Aant d'exposer les détails du traitement que j'ai suivi, je dois établir parmi les hallucinations les distinctions que nous avons indiquées précédemment, et que les auteurs ont négligées jusqu'à ce jour, à cause de l'importance secondaire et purement symptomatologique qui leur était attribuée. Ces distinctions portent, non pas sur les caractères *psychiques* des hallucinations et des illusions, *mais sur leurs rapports* avec l'état général intellectuel de l'halluciné.

1° Les hallucinations sont simples, isolées, sans autre trouble de l'intelligence. Les malades en ont conscience et n'en sont jamais dupes. Ce genre d'anomalie mentale se rencontre assez fréquemment dans les hospice d'aliénés.

2° Elles se compliquent de désordres intellectuels plus ou moins etendus, affectant plus particulièrement le type ou la forme de la monomanie. Elles ont précédé ces désordres ; elles en sont le point de départ; elles les excitent et les entretiennent.

3° D'autres fois, loin d'avoir provoqué le délire, elles semblent en être la conséquence. Par leur origine, par leur nature, elles se rattachent aux idées fixes, qui ont d'abord dominé le malade. Dans ce cas-ci, elles ne sont vraiment qu'un symptôme. Cela n'est pas dans les cas qui précèdent, où elles sont la principale lésion intellectuelle.

Dans les deux premiers cas, lorsque le traitement est direct, spécial, la guérison est possible. Elle est au moins douteuse dans le dernier cas, car les hallucinations pourront être anéanties, mais le délire continuera et par la persistance de la cause, tôt ou tard, elles finiront par reparaître. C'est encore ce qui arrive lorsqu'on a affaire à des hallucinés en *démence*. La démence est comme un rempart, qui les rend à peu près inexpugnables. Nous avons traité onze hallucinés par le *datura*.

Chez huit d'entre eux, les hallucinations étaient *primitives ;* quatre (sur ces huit) avaient la conscience plus ou moins nette de leur délire. Tous ceux-là ont guéri.

(1) Voir Encycl., n° de novembre, p. 326.

Chez les trois autres, qui sont restés rebelles au traitement, les hallucinations étaient *consécutives*, ou compliquées d'un profond état de démence.

Voici les faits :

Je n'ai rien à dire de l'action du datura sur l'homme sain et des propriétés thérapeutiques qui lui ont été reconnues avant nous. Je ne saurais rien ajouter à ce qu'en on dit MM. Trousseau et Pidoux dans leur savant *Traite de thérapeutique et de matière médicale*. Je me contenterai de rappeler que déjà l'essai en avait été fait dans le traitement de la folie par quelques auteurs, entr'autres par Storck, Schneider, Bernard, etc. Les résultats en ont été contestés, et l'opinion, flottant entre les assertions les plus opposées, et qui toutes néanmoins avaient la prétention de s'appuyer sur l'expérience, est restée indécise et le médicament est tombé dans un profond oubli.

Il est vrai de dire que ni la spécialité d'action dont jouit le médicament, ni le genre de la maladie contre laquelle il était employé, ni les circonstances sphychiques ou pathologiques qui devaient modifier son action et son emploi, n'avaient été pris en considération par les expérimentateurs que le seul empirisme paraît avoir guidés.

Nous avons exposé, au commencement de ce travail, les vues théoriques qui ont engagé à combattre les hallucinations par le datura; nous devons leur donner maintenant la sanction des faits.

Nous avons employé le datura (extrait aqueux) en pilules et dissous dans une potion d'eau de menthe :

1° A dose modérée et successivement croissante;
2° A dose élevée;
3° A dose très-forte, ou *perturbatrice*.

Les effets généraux du médicament, son action médicatrice, ont varié comme son mode d'administration. Il en a été de même de la marche des maladies et de leur terminaison. En conséquence, nous rangerons nos observations en trois séries.

Première série. (*Trois observations* (1).

Emploi du datura à dose peu élevée.

Obs. I. — Emmanuel P. est âgé de 31 ans, d'un caractère triste, morose, timide à l'excès. Il n'y a point d'aliénés dans sa famille, mais son père avait l'habitude de l'ivresse. P. affirme n'avoir jamais abusé de la boisson, bien que, chaque fois qu'il a du chagrin, il éprouve un singulier penchant à s'y livrer.

Emmanuel, jugeant très-bien son état, est venu de lui-même à l'hospice. Il attribue sa maladie à des peines de cœur. Il y a deux mois, il a été pris d'insomnie, de palpitations, de maux d'estomac, de maux de tête qui lui semblaient provenir de secousses, de coups qu'il aurait reçus sur la crâne. Il tombe dans la tristesse et l'abattement. Il a peur de tout, se défie de tout le monde. Il cesse de travailler et recherche la solitude. Quelques jours après, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale.

La nuit, et quelquefois pendant le jour, Emmanuel entend des voix inconnues, qui le traitent de la manière la plus indigne, l'appelant scélérat, gueux, assassin. Une fois, l'une d'elles lui a crié avec force : « Je suis ton père, que tu as fait mourir de chagrin ; ne me reconnais-tu pas? » Et en ce moment il crut voir près de son lit le spectre de son père, mort il y a peu d'années.

La situation du malade n'avait pas changé lors de son entrée à la Ferme Ste-Anne. Le 3 décembre 1840, je prescrivis l'*extrait* de *datura* à la dose de 10 décigrammes matin et soir. Les premiers jours, E... se plaint de légers étourdissements, d'un peu de trouble dans la vue. Le matin, la lumière lui fait mal aux yeux. Il dort, mais d'un sommeil interrompu par des rêves bizarres, tels qu'il ne se souvient pas d'en avoir jamais faits. A ces rêves se mêlent souvent ses hallucinations habituelles. Ces effets du médicament, dont j'avais eu soin cependant de l'avertir, l'effraient, il craint de perdre tout à fait la tête et je ne le décide qu'avec peine à en continuer l'usage. Peu à peu, les nuits deviennent plus calmes, le sommeil profond. Plus de rêves, plus d'hallucinations. E... en témoigne son contentement, est moins sombre, plus communicatif, se livre avec assiduité aux travaux de la ferme. Cependant, le mieux est loin d'être absolu. Je regrette de voir le malade à peu près indifférent à sa situation. Cette aphatie est l'indice d'une perversion des affections morales. Je redoute une sorte de démence *affective* au début, contre laquelle toute médication devra échouer. Cet état persiste jusqu'au mois de mars de l'année suivante, où il paraît enfin sortir de sa torpeur. E... me prie instamment de lui rendre la liberté. J'attends encore, n'étant pas suffisamment rassuré sur la solidité de sa guérison. Enfin mes craintes ne tardèrent pas à s'évanouir et je lui accordai sa sortie le 19 mai 1841.

Le malade dont il vient d'être question a été soumis à mon observation depuis son entrée à Bicêtre jusqu'à sa sortie de Ste-Anne. Sa santé physique ne m'a jamais offert le moindre dérangement.

---

(1) Ces observations et les suivantes ont été recueillies à la Ferme Ste-Anne, dont le service provisoire m'a été confié pendant plusieurs mois. Les malades appartenaient à la première section (aliénés) de Bicêtre, dont M. le docteur F. Voisin est médecin.

Je suis heureux de trouver ici l'occasion d'exprimer au savant confrère et collègue que je viens de nommer combien je lui sais gré de l'obligeance noble et désintéressée qu'il a mise à favoriser mes essais thérapeutique. L'auteur des Causes morales et physiques des maladies mentales, de l'Homme animal, de l'Éducation des idiots, etc., est assez fort et assez généreux pour ne pas craindre de venir en aide à ceux qui voulent travailler. Il pense que le travail ne doit pas être monopolisé, et qu'il ne suffit pas de faire le bien, mais qu'il faut encore, si on le peut, mettre les autres à même de le faire comme vous; autrement on aurait peut-être droit de suspecter la pureté des motifs qui vous font agir, malgré vos protestations de n'avoir en vue que le plus grand bien des malades.

Ce n'est qu'en le pressant de mes questions que j'ai eu connaissance des quelques troubles de l'innervation qui avaient précédé l'explosion du délire. Combien de malades en sont là! Combien de faits de ce genre serviront de base aux théories des partisans des maladies de l'âme ou des *dérangements de la raison*, auxquels il faut absolument des « *congestions cérébrales*, des *paralysies*, de *l'agitation, de la loquacité*, etc., » pour croire aux lésions physiques dans la folie!

La durée de la maladie, certaines prédispositions héréditaires, et par dessus tout l'*imminence de la démence* étaient des circonstances bien défavorables et qui laissaient peu d'espoir d'une guérison spontanée. Cette guérison a été obtenue après un mois de traitement par le datura.

Obs. II. — M... (Hyacinthe), commissionnaire à médaille, est envoyé à Ste-Anne dans les premiers jours de novembre 1840. Il était à Bicêtre depuis une dixaine de jours. Déjà il avait séjourné dans cet hospice depuis le mois de mars de la même année jusqu'au mois d'octobre. Il en sortit non guéri, sur les instances reitérées de sa femme. Des chagrins, peut-être quelques excès de boisson qui étaient en dehors de ses habitudes, mais auxquels il s'était livré pour s'étourdir, la suppression brusque d'un cautère.... : telles sont les causes probables de la maladie. Au début, hallucination de l'ouïe et de la vue, violents emportements contre les personnes que le malade soupçonne en être cause.

14 novembre. M... est calme, mais dominé par les hallucinations et les conceptions délirantes qui l'avaient rendu la terreur de sa femme, de sa fille et de tous ceux qui l'entouraient.

Il accuse sa femme d'infidélité; il entend sa voix; elle lui apparaît partout où il se trouve, dans son dortoir, dans les champs, etc.

M., qui raisonne avec justesse sur tous les sujets étrangers à son délire, n'apprécie en aucune manière les hallucinations dont il est le jouet. La santé physique est irréprochable. Le cautère, qui avait été rétabli dès les premiers jours de son entree à Bicêtre, est sec depuis longtemps.

Le 20. Chaque jour, soir et matin, prescription de 10 centigrammes d'extrait de datura; infusion de tilleul pour boisson.

Le 22. Pesanteur de tête, rêvasserie, nuits agitées, chaleur à la gorge, bouche sèche et pâteuse le matin. Rien de nouveau, quant aux hallucinations, si ce n'est que le malade paraît y attacher moins d'importance et ne pas s'en inquieter autant. Je lui permets de voir sa femme qui m'assure n'avoir pas trouvé son mari aussi bien depuis le commencement de sa maladie. J'augmente la dose du *datura* de 5 centigrammes, matin et soir.

Le 26. Depuis hier, c'est-à-dire, *cinq jours* après le commencement du traitement, les hallucinations n'ont pas reparu. M... reconnaît qu'il en a été sottement dupe pendant plusieurs mois. Il se dit guéri; mais au reste, il s'en rapporte complétement à moi et attend avec confiance.

Vu l'ancienneté de la maladie, j'ai continué la prescription jusqu'au 1er décembre. L'amélioration signalée précedemment n'a pas cesse de faire des progrès. M... a vu plusieurs fois sa femme, sa fille, diverses personnes de sa connaissance. Son bon sens n'a pas été en défaut un seul instant. Jugeant bien la position dans laquelle il avait été depuis près d'une année, il a attendu avec résignation que je lui délivrasse son billet de sortie. Il y a six mois que M. a quitté l'hospice. Il a repris son travail habituel; je l'ai revu plusieurs fois depuis; sa santé est parfaite.

La promptitude avec laquelle quelques centigrammes d'extrait de datura ont fait justice d'une maladie qui avait près d'un an de date, et contre laquelle tout traitement avait échoué, l'absence complète de tout symptôme physique, tels sont les traits les plus saillants de l'observation que nous venons de rapporter.

Obs. III.—C.... est à Ste-Anne depuis deux mois environ. Il n'est resté que très-peu de jours à Bicêtre. Il dit être malade depuis plusieurs mois, sans pouvoir assigner l'époque precise à laquelle le mal a commencé. Il serait également fort en peine de dire quelle en est la cause, à moins que ce ne soit une trop grande assiduité à son travail.

Il se passe peu de jours que C... n'entende des voix d'individus avec qui il a eu des relations d'affaires. Il n'a jamais compris ce que lui disaient ces voix dont il n'a été dupe que peu de temps, lorsqu'elles ont commencé à se faire entendre. Il lui semble même qu'elles ne parlent pas toujours français. Elles sont plusieurs, des petites, des grosses dans tous les tons. Les premiers jours, c'étaient de simples cris marticules, ou bien « je croyais, dit le malade, qu'on me soufflait dans les oreilles. » J'engage C... à prendre matin et soir une pilule de 10 centigrammes de datura. Après cinq jours de traitement, les hallucinations ont cessé.

C... m'assure que la susceptibilite de nerfs dont il s'était plaint était plaint était tout à fait calme, que ses imaginations l'avaient quitté et qu'il se sentait en état de reprendre son travail.

Le deuxième jour il avait eu des étourdissements, un peu de trouble dans les idées, dans la vue. Il avait senti des douleurs passagères, comme des crampes dans les jambes, quelques palpitations. Le mieux s'étant maintenu pendant près de deux mois, je lui accorde sa sortie.

Nous trouvons dans l'observation qu'on vient de lire un fait physiologique sur lequel j'appellerai l'attention. Au debut de la maladie. C... croyait qu'on lui *criait*, qu'on lui *soufflait* dans les oreilles. Si l'on prend la peine de bien interroger les malades, on verra que le même symptôme s'est manifesté chez le plus grand nombre des hallucinés. Très-souvent c'a été là le point de depart ou mieux la *forme embryonique* des hallucinations. Diriger contre de pareils désordres un traitement tout moral, n'est-ce pas, je le demande, commander aux bruissements qui se produisent parfois dans les vaisseaux sanguins de cesser? A moins d'avoir la puissance *mystérieuse* des magnetiseurs, je ne puis croire que personne puisse opérer ce miracle.

DEUXIÈME SÉRIE. (DEUX OBSERVATIONS.)

Emploi du datura à dose élevée.

Obs. IV. — R... (Louis), ouvrier terrassier, a déjà éprouvé, vers la fin de l'année 1839, des accidents à peu près semblables à ceux qui, cette fois, ont nécessité son isolement dans un hospice d'aliénés. Il avait éprouvé de violents chagrins, et, pour s'étourdir, il avait, selon son expression, *un peu forcé* sur l'eau-de-vie. Une nuit qu'il était couché dans la même chambre que plusieurs de ses camarades, il entend tout à coup des voix qui lui semblaient partir de tous les coins de la salle. Elles l'accusent de crimes imaginaires, lui annoncent qu'il sera pendu, qu'il aura le poignet droit coupé comme un parricide. Louis, glacé d'épouvante, s'étonne de voir tout le monde autour de lui dans le plus profond sommeil. Il se recouche, convaincu qu'il est dupe de quelque rêve fâcheux. Sa tête est à peine posée sur l'oreillet qu'il éprouve de forts bourdonnements d'oreille, et que les voix se font entendre avec plus de force que la première fois. Il éveille ses camarades, les interroge, et bientôt ne doute plus que sa tête, ainsi qu'il le dissait, ne soit tout a fait détraquée. Pendant plus de cinq mois, les voix ne cessèrent de le poursuivre jour et nuit. Louis n'interrompit point pour cela ses occupations, et peu à peu, avec le temps, il finit par ne plus rien entendre.

Vers le mois de décembre 1841, les mêmes hallucinations l'asaillirent de nouveau. Louis, depuis bien longtemps, avait repris ses habitudes de sobriété et n'avait pas le moindre excès de boisson à se reprocher. Il se livra à des actes d'extravagance qui le firent enfermer à Bicêtre. A son entrée à Ste-Anne, les hallucinations n'ont rien perdu de leur intensité et l'obsèdent jour et nuit.

Le 27 janvier, je prescris une potion gommeuse avec addition de 25 centigrammes d'extrait de stramoine, à prendre par petites cuillerées le soir en se couchant. Léger mal de gorge, bouche pâteuse et sèche, enchifrènement, frissons par tout le corps. Louis s'endort fort tard, et cette fois pas une voix ne vient troubler son sommeil.

Le 28 au matin, il se plaint de bourdonnements d'oreille.

Le 29, dans la soirée, au moment de s'endormir, il a encore entendu des voix ; il a moins bien dormi que la nuit précédente et a beaucoup rêvé.

Le 30, au matin, à la visite, Louis vient au-devant de moi : « Je vais mieux, me dit-il, mais je retomberai si vous ne me donnez pas une autre potion. » J'accède à sa demande. Mêmes effets généraux que ceux indiques plus haut. Les hallucinations se taisent et il n'en est plus question pendant trois jours et trois nuits consecutifs.

Le 2 février, des bourdonnements, des voix confuses ont encore inquiété le malade, toujours immédiatement avant de s'endormir. Nouvelle potion; la dose du datura est portée à 30 centigrammes.

Le 3, à partir de cette époque, le malade n'a cessé de jouir de la tranquillité la plus parfaite. La santé physique n'est pas moins bonne que la sante morale.

Le 15 je lui offre sa sortie; mais, sur sa demande d'attendre encore pour être plus sûr qu'il ne retombera pas, je le garde jusqu'au 26 du mois suivant.

J'ai revu ce malade il y a une quinzaine de jours ; sa santé était toujours bonne.

J'ignore si quelques excès de boison ont été pour beaucoup dans la maladie dont Louis a été atteint ; mais je prie qu'on ne perdre pas de vue que le premier accès a duré plus de cinq mois, et que le deuxième, auquel certainement on ne pouvait donner une origine semblable et qui avait quatre ou cinq semaines de date, a été arrêté après six jours de traitement.

Obs. V. — C..., âgé de 45 ans, fils naturel, n'a connu que sa mère, qui jouissait d'une bonne santé. Il a reçu quelque éducation, a servi vingt ans, est décore. Il s'est beaucoup adonné aux femmes, n'a point abusé de la boisson. En 1835, il tombe malade pour la première fois. Insomnie, rêves insolites, besoin irrésistible d'aller et venir, de se quereller avec tout le monde. Quinze jours après, étant à son travail, il est surpris d'entendre des voix qui l'insultent, lui reprochent des crimes qu'il n'a point commis, le menacent de l'assassiner. Saisi d'epouvante, il s'élance dans la rue et demande aux personnes qu'il trouve si elles n'entendent pas ces voix. Le trouble de son esprit est manifeste; on l'arrête, et il est conduit à Bicêtre.

Après cinq mois de traitement, C... recouvre la santé, et, sur sa demande, il reste encore un an à l'hospice en qualité d'infirmier.

En janvier 1837, il est pris d'un nouvel accès, qui, comme le premier, est précédé d'une longue insomnie et présente les mêmes symptômes. Cet accès dure huit mois.

Au mois de mars dernier (1841), troisième accès semblable en tout point aux deux précédents. C..., qui, pendant son service d'infirmier, avait appris à connaître le phénomène si bizarre des hallucinations, et qui, cette fois, était sur ses gardes, chercha à combattre celles qu'il éprouvait de nouveau, et lutta avec succès pendant une quinzaine de jours. Il finit pourtant par en être complétement dominé. Une nuit, il est éveillé par la voix de son chien couché au pied de son lit. Cet animal, auquel C... était fort attaché, lui demandait à boire et lui annonçait qu'il avait résolu de le quitter parce qu'il avait pris en horreur la vie qu'il menait. C... lui donne à boire et le prie instamment de ne pas quitter son maître.

Le lendemain, étant à dîner avec son patron, des voix lui crient que l'on a mis du poison dans son potage; il en accuse son patron, s'enfuit de la maison, et le lendemain est arrêté par des sergents de ville. Conduit au corps-de-garde, il est de plus en plus importuné par les voix. La nuit, il est éveillé par un grand bruit et il voit entrer dans sa prison une vieille femme de sa connaissance, toute habillée de blanc, qui lui apporte à manger (il était à jeûn depuis plus de trente heures.)

C... était dans cet état de délire lors de son arrivée à la ferme, le 28 mars. Il se persuadait en outre que lorsque nous causions ensembles, je l'*entendais* penser. La constitution de cet homme est

robuste. Il assure n'avoir jamais fait de maladie sérieuse et jouir présentement d'une excellente santé physique. (Potion avec 25 centigrammes d'extrait de stramoine, à prendre en se couchant.)

Le 20 mars. Effets généraux à peu près nuls. Quelques voix seulement se sont fait entendre le lendemain soir au moment de s'endormir. (Nouvelle potion ; 30 centigrammes d'extrait.)

Le 21 pendant la nuit, pesanteur de tête, trouble des idées, rêvasseries, visions de toute sorte; abattement, faiblesse musculaire extrême. *Pas une seule voix* n'est venue l'inquiéter, et, à partir de ce jour, C... peut être considéré comme guéri. Il apprécie bien sa position antérieure, ne s'imagine plus qu'on l'entend penser. Cependant, il se défie de lui-même. Si la voix d'une personne quelconque vient frapper son oreille, il n'est bien sûr de n'être pas le jouet d'une hallucination qu'après s'être assuré de la présence de cette même personne. Cette défiance ne tarde pas à cesser, et C... est rendu à la liberté après un mois de convalescence.

Si nous résumons cette observation, nous y trouvons comme faits principaux : des hallucinations primitives, un délire lypemaniaque consécutif, de l'insomnie avant l'explosion de la maladie, pas d'autre trouble physique apparent, deux accès antérieurs, dont l'un dure cinq mois, l'autre huit; quelques jours de traitement par le datura ont étouffé le troisième presque à son début.

TROISIÈME SÉRIE (TROIS OBSERVATIONS.)

Emploi du datura à dose très-élevée ou perturbatrice.

L'emploi du datura à dose *perturbatrice* exige une prudence extrême. Il ne faut pas perdre le malade de vue un seul instant, afin de veiller sur les effets croissants du remède, sur la marche des phénomènes, les combattre s'ils menacent de dépasser la limite. Ainsi fait, ce genre de traitement ne doit inspirer aucune crainte, et son incontestable efficacité engage à le tenter.

On verra, du reste, par les observations qui suivent, que le hasard a été mon premier guide et j'ignore si, abandonné à ma seule inspiration, j'aurais osé aborder un mode de médication qui, il faut l'avouer, peut effrayer au premier abord.

Obs. VI.—Un jeune malade, quelques jours après son entrée à la *Ferme*, me fit remettre une lettre dont il me suffira d'extraire quelques passages pour donner une idée du genre de folie qui avait nécessité son isolement. « ... Rendez-moi donc la liberté « pour que je puisse travailler activement à l'anéan- « tissement de tous les rois. Je veux régénérer « le genre humain, je suis destiné à mourir à la « tête d'une puissante république. Dès l'âge de 8 « ans, j'ai eu l'idée comme Romulus de bâtir une « ville dans une forêt de la Lorraine, qui est mon « pays natal.... etc. »

Comment ces idées de régénération, de puissance lui sont-elles venues à l'esprit? M... l'explique en ajoutant que : « depuis vingt ans des *visions* célestes m'ont annoncé les choses les plus extraordinaires concernant les rois de la terre et mon changement en nourrice... etc., etc. »

M... a déjà séjourné dans l'hospice en 183... Les symptômes d'aliénation étaient peu tranchés. Les médecins qui le traitaient sont restés dans le doute.

Aujourd'hui M... est dans un état continuel d'excitation. Il est occupé, une bonne partie de la journée, à écrire ce qu'il appelle sa correspondance avec le roi des Français, avec le prince de Metternich, avec le pape. Lorsqu'on l'envoie aux champs, il contemple les nuages dans lesquels il voit apparaître des signes miraculeux, des légions d'hommes armés. Il entend la voix des anges qui lui annoncent ses futures grandeurs, l'encouragent dans ses projets.

Plusieurs fois il lui est arrivé de grimper dans les arbres et d'attacher aux plus hautes branches son mouchoir de poche, afin de correspondre avec ses partisans....

Pendant un mois que M... a passé à Bicêtre, son état n'a point varié. Dix jours après son arrivée à la *Ferme*, je le soumis à l'usage du datura à doses fractionnées (10 centigr.).

Dès les premiers jours du traitement, M... éprouve de la somnolence, un peu de constriction à la gorge ; il lui semble qu'une *calotte de plomb* (pour me servir de ses expressions) lui comprime les tempes, *l'abasourdit*... Du reste, il dort mieux, et par conséquent les visions de la nuit le laissent un peu plus tranquille; l'excitation générale a baissé graduellement, et même, par moments, fait place à un peu de mélancolie... Les convictions délirantes sont les mêmes.

Vers la fin du mois de janvier (le traitement durait depuis 17 jours) de nouvelles hallucinations se joignent aux premières. Pendant la nuit, étant parfaitement éveillé, le malade voit des cercueils rangés autour de son lit, des spectres se tiennent auprès, debout, un cierge à la main et chantant la prière des morts... « Toute cette fantasmagorie me fait horriblement peur, me dissait M..., je n'ai jamais eu cela à Bicêtre ; renvoyez-y moi, je ne puis plus rester ici. »

Cependant, à partir de cette époque, l'état du malade s'est progressivement et rapidement amélioré. M... ne convient pas d'abord avoir été dupe des étranges hallucinations dont nous avons parlé, mais il s'efforce de les justifier, d'expliquer ce qu'il appelle son erreur. Je le mets en rapport avec d'autres malades hallucinés et il entreprend de leur faire sentir l'extravagance de leurs idées. L'excitation première est tout à-fait tombée ; M... travaille avec assiduité ou cherche à se distraire en jouant aux cartes, au loto, avec ses compagnons d'infortune.

Malgré ces signes certains de son retour à la raison, le malade n'en continue pas moins l'usage du datura. Un peu d'excitation se faisait encore remarquer à de longs intervalles, et je n'avais pas encore l'entière conviction que M... fût complétement débarrassé de ses hallucinations.

Un incident, amené par l'irréflexion et l'étourderie du malade, vint modifier le traitement et donner lieu à des résultats dont je dus tenir compte par la suite.

Persuadé qu'il n'avait plus besoin d'aucun remède, M..., au lieu de prendre les pilules qu'on lui remettait matin et soir, en conserva cinq qu'un beau matin il avala toutes d'un coup. Deux heures après M... éprouve des nausées, des vomissements, une forte constriction à la gorge, une horrible pesanteur de tête, des picotements dans les yeux. Sa vue est trouble, les oreilles lui tintent avec une force extraordinaire. Il ressent alternativement un froid glacial et une vive chaleur dans tous les membres, ses jambes fléchissent, ainsi que ses mains; elles sont agitées par un léger tremblement. Lorsque ces accidents commencent à se calmer, « une foule d'idées extravagantes (c'est lui-même qui s'exprime ainsi) me passèrent par la tête, je me croyais prince, empereur, riche à millions : je crus entendre comme autrefois la voix des anges ; j'étais tout entourdi du bruit qui se faisait autour de moi, et heureusement tout cela n'a pas duré longtemps, mais je promets bien de ne pas recommencer l'expérience. »

Dans la soirée, il ne restait guère de tous ces symptômes d'intoxication qu'une faiblesse générale qui se faisait sentir principalement dans les extrémités inférieures.

Le lendemain nous trouvons le malade parfaitement calme et plus sensé que jamais. « J'avais douté jusqu'ici, nous disait-il, de la puissance de la médecine; mais d'après ce que je viens d'éprouver, je me garderai bien d'en douter encore. »

Du reste, à dater de cette époque, M... n'a plus eu d'hallucinations d'aucune espèce, a pris part avec une louable activité aux divers travaux de la Ferme. De temps à autre il m'a témoigné le désir de recouvrer sa liberté, mais sans se rendre jamais importun. Ces jours derniers (fin d'avril) je lui ai permis d'aller faire visite, accompagné d'un garçon de service, à une personne de sa connaissance qui s'était intéressée à lui durant son séjour à Paris. C'était une première épreuve dont il s'est fort bien tiré. Nous sommes au 20 juin, la convalescence dure depuis plus de trois mois ; je me dispose à lui accorder sa sortie définitive.

Obs. VII. — L... est âgé de 45 ans. Depuis huit ans il est sujet à des attaques d'épilepsie. Un oncle maternel, un cousin aliénés. Son grand père est mort en état de manie furieuse. Son père est mort à 62 ans, paralytique. Sa mère, depuis son retour d'âge, est sujette à des étourdissements qui vont jusqu'à la syncope, et a, de temps en temps, des *visions*.

L... a toujours eu un caractère violent, emporté. Il avoue que, pour une cause insignifiante, sa colère peut aller jusqu'à la fureur. Etant au service, un maître d'escrime le dissuada d'apprendre à faire des armes, à cause de la violence de son caractère. Un jour, il souffletta son fourrier, parce que celui-ci lui parlait *avec hauteur*.

Les accès d'épilepsie, jusqu'à l'époque de son entrée à la Ferme, ou un peu auparavant, étaient très-rapprochés. A deux reprises, les grandes attaques ont été suspendues durant trois semaines. Les vertiges se renouvelaient à peu près chaque nuit.

Il y a onze ans, c'est-à-dire trois ans *avant* les accidents nerveux, L... est pris tout à coup d'hallucinations. Etant dans un champ, à faucher, la tête nue exposée à un soleil ardent (c'était au mois de juillet), il entend une voix qui lui crie : sauve-toi ; il lui semble qu'on lui donne un coup violent sur l'estomac. Il voit un homme qui tourne une mécanique.

Ces hallucinations, ou d'autres analogues, se renouvelèrent assez fréquemment par la suite. L... les appréciait à leur juste valeur. Sa raison n'était pas autrement dérangée.

L'aliénation mentale n'est bien manifeste que depuis deux ans.

Quelques heures avant que l'accès épilectique se déclare, L... cherche, d'un œil inquiet, tout autour de lui ; il entend des voix qui partent de dessous les pavés, qu'il lui semble voir s'agiter, s'entrechoquer. Les oreilles lui tintent ; ses yeux se couvrent de nuages que des étincelles sillonnent de temps à autre.

Fréquemment dans la nuit, qu'il survienne ou non des vertiges, le malade fait les rêves les plus extraordinaires ; il se croit transporté sur des montagnes entourées de précipices ; il voit des lacs, des rivières, entend le mugissement des torrents, le chant des oiseaux, se croit poursuivi par des bêtes féroces, des hommes armés qui l'appellent à grands cris, lui font des menaces. Réveillé en sursaut, la plupart de ces *imaginations* le poursuivent encore et le portent à des actes de folie. L... se persuade qu'il est sous l'influence d'un magicien, d'un être invisible qui est l'auteur de toutes ses extravagances.

Le 10 janvier 1841, le malade a été soumis à l'usage du datura à petites doses. (10 centigrammes d'extrait matin et soir.) Les effets ont été complétement nuls les cinq premiers jours.

Les trois jours suivants, le malade négligea de prendre ses pilules ; puis un soir il s'avisa de les avaler toutes d'un coup. La dose du médicamment se trouva ainsi portée à 6 décigrammes. Peu après, il est pris d'étourdissements, sa vue se trouble, des nuages lui passent devant les yeux, il a froid, ses mains, ses pieds sont glacés ; bouche sèche et pâteuse, sentiment de constriction à la gorge. L... est saisi de terreur ; il essaie de se lever, il chancelle et retombe sur son lit. Il sent que ses idées se troublent, que sa tête l'abandonne..

Le lendemain, à la visite, il a l'air égaré, absolument comme s'il venait d'avoir une forte attaque d'épilepsie. Il paraît comprendre les questions que nous lui adressons, mais il lui est impossible d'y répondre avec précision, et parvient difficilement à articuler quelques mots. Un léger tremblement agite tout son corps ; il hésite en marchant, son attitude est celle d'un homme ivre ou d'un individu atteint d'une paralysie générale très-avancée.

Ces divers accidents ne tardent pas à perdre de leur intensité ; le soir ils étaient complétement ou presque complétement dissipés.

La nuit d'après, le malade a dormi d'un sommeil calme et profond. Plus de rêves, plus d'hallucinations.

Il en est de même les jours suivants. Chaque matin, L... nous répète qu'il ne s'est jamais aussi bien

porté, que sa guérison est certaine ; il ne sait comment nous exprimer sa joie et sa reconnaissance.

Un mois après il est envoyé à Ste-Anne. Jusqu'au 17 janvier, son état ne subit aucune modification. A cette époque, quelques prodrômes d'épilepsie viennent à se manifester, L... retombe dans ses rêves d'autrefois parle seul la nuit, appelle sa femme, ses enfants ; il quitte son lit et ne peut plus le retrouver, prend les vêtements d'un autre malade pour les siens ; il s'inquiète et me témoigne la crainte de redevenir malade.

Enhardi par les heureux résultats dont nous avions été redevables au hassard, j'administrai l'extrait de datura à la dose d'un grain (5 centigrammes) chaque demi-heure. Après la neuvième dose, les symptômes d'intoxication avaient acquis une assez grande intensité ; ils ne différèrent en rien des précédents, si ce n'est par une faiblesse générale plus marquée et par un profond assoupissement qui dura près d'une heure et demie.

Le succès de la médication ne fut pas moins prompt, ni moins complet que la première fois. Depuis ce temps, L... n'a cessé de jouir d'une santé physique et morale à peu près irréprochable. A deux ou trois reprises, la nuit, il a éprouvé quelques vertiges. qui, du reste, n'ont altéré en rien le bon état habituel de sa santé morale.

J'ai prolongé autant que j'ai pu le temps de sa convalescence. J'ai dû enfin céder à ses sollicitations et le rendre à sa famille. Il a quitté Ste-Anne le 10 mai dernier.

Obs. VIII.— G..., âgé de 34 ans, couvreur, entré à la Ferme le 26 février 1841. Aucun membre de sa famille n'a été atteint de maladie mentale. Son père est mort à 82 ans, jouissant de toutes ses facultés.

Pendant sa jeunesse, caractère sombre, défiant, habitudes d'ivrognerie qui ont cessé peu à peu avec les progrès des années.

Il y a cinq ans, chute d'un premier étage, accidents cérébraux, coma qui ne se dissipe qu'au bout de plusieurs heures, et pour faire place à un délire furieux.

A dater de cette époque, la bizarrerie, l'excentricité de son caractère, sont de plus en plus marquées, et ses camarades le regardent comme *timbré*. G... fuit la société, devient paresseux et ne travaille que tout juste pour ne pas mourir de faim.

Au mois de décembre dernier (1840), G... est tout à coup saisi de terreurs imaginaires. Poursuivi par des voix menaçantes, il se lève de son lit, sort de sa chambre et se met à courir tout nu au milieu de la rue.

La police dut intervenir et provoquer sa réclusion à Bicêtre.

Le jour même de son entrée (22 février), G... nous paraît apprécier avec assez de justesse sa position. « J'éprouve, nous disait-il, des terreurs dont je ne puis me rendre compte ; j'entends, principalement la nuit, des voix qui m'accablent d'injures, me menacent, m'annoncent des malheurs ; il me semble quelquefois que ma tête résonne comme une cloche, ou bien comme si je la tenais plongée dans un seau d'eau. Je sais bien que ce sont des illussions ; il y a plus de six mois que je les ai, je ne comprends pas comment j'ai pu m'en effrayer au point de commettre des extravagances..... »

La santé générale est excellente, sauf un peu d'insomnie.

27 février. Prescription de 5 centigrammes d'extrait de stramoine, à prendre d'heure en heure.

Les premiers symptômes d'intoxication ne se manifestent qu'une demi-heure après la cinquième dose. Bouche pâteuse, envie de dormir, picotement des yeux, accélération du pouls, qui se déprime de plus en plus. Un peu plus tard : impossibilité d'avaler, constriction à la gorge, vue trouble, presque cécité, frisson par tout le corps, extremités bleuâtres, voix faible ; le pouls est devenu lent, petit : somnolence. Je cesse d'administrer le datura ; 5 décigrammes avaient été pris.

Quelques heures après, de tous les symptômes signales ci-dessus, il ne restait qu'une faiblesse générale assez prononcée, un peu d'étourdissement et de froid aux extrémités.

La nuit a été excellente, le sommeil calme et profond ; point de rêves, point d'hallucinations.

Le jour suivant, même état. Le mieux se maintient ainsi jusqu'au 1er mars. A cette époque, G... ayant eu, deux nuits de suite, de nouvelles hallucinations, peu durables cependant, et seulement *quelques minutes* avant de s'endormir, je lui prescrivis une nouvelle potion avec 25 centigrammes de datura, à prendre par petites cuillerées avant de se coucher. La nuit a été exempte d'hallucinations, mais il en est survenu de nouvelles la nuit d'après.

4 mars. Troisième potion de 15 centigrammes de datura.

Depuis ce moment, immédiatement avant de s'endormir, quelques voix se sont fait entendre à trois ou quatre reprises, et puis ont cessé irrévocablement.

G., qui se trouvait bien à la Ferme, ne m'a demandé sa sortie que vers la fin d'avril.

Il est sorti le 11 mai.

Le traitement par le datura n'a pas été invariablement heureux. Il a échoué complétement, ou à peu près, sur deux malades dont il nous reste à rapporter les observations. Ces malades, cependant, nous avaient paru dans des conditions de curabilité assez favorables. Quelle a pu être la cause de notre insuccès? Chez les deux malades dont il s'agit, on observe un fait moral pathologique que nous avons signalé précédemment, et dont il importe de tenir compte ; les hallucinations n'étaient pas *primitives*, comme chez ceux qui font l'objet des huit premières observations ; mais elles étaient *consécutives* au délire, nées de lui, enfantées par l'aberration des idées, des conceptions, le désordre des affections, etc. Serait-ce là l'obstacle contre lequel ce remède, si efficace dans d'autres circonstances, serait venu et devait venir échouer ? Ce serait une preuve de plus de la spécificité d'action du datura, action qui se trouverait ainsi comme renfermée dans certaines limites psychologiques. Impuissante contre les *conceptions délirantes*, les hallucinations auxquelles elle aura imposé silence ne tarderont pas à être reproduites et comme ressuscitée

par ces conceptions. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que nous ne saurions découvrir d'autre différence essentielle, fondamentale, entre les hallucinés guéris par le datura, et ceux qui n'en ont éprouvé qu'un soulagement momentané.

Obs. IX. — De vifs chagrins occasionnés par des querelles domestiques et une profonde misère, les fatigues d'une longue route, entreprise à pied durant les chaleurs de l'été, avaient depuis plus de six ou sept mois déjà porté de graves atteintes aux facultés morales d'un pauvre ouvrier cordonnier, nommé C..., lorsqu'on l'amena à Bicêtre le 18 octobre 1840.

Après quelques jours de traitement, C... parut guéri ou du moins franchement convalescent, et fut transferé à la Ferme-Ste-Anne.

Le mieux moral auquel on avait cru était le résultat de la dissimulation. Dans l'espoir de se soustraire au traitement qu'il subissait avec une extrême répugnance, craignant surtout, comme il l'avoua depuis, qu'on ne lui appliquât de nouvelles ventouses à la nuque, de nouveaux vésicatoires aux jambes, etc., ainsi qu'il arrive à beaucoup de malades, C... avait feint habilement de renoncer à toutes ses idées extravagantes qu'il semblait prendre plaisir à censurer et à tourner en ridicule.

Une dizaine de jours après son arrivée à la Ferme, C... reçut la visite d'un beau-frère auquel je donnai des instructions propres à mettre en défaut l'astuce du malade dont la bonne foi commençait à m'inspirer quelques doutes.

Le délire reparut dans toutes son étendue, sous toutes ses formes. Depuis son entrée à Sainte-Anne comme durant son séjour à B..., C.... n'a cessé d'être en butte à une multitude d'illusions, d'hallucinations de tous les sens qui faussent son jugement, dominent sa volonté, sans cependant l'entraîner à aucun acte extravagant.

Ses compagnons d'infortune, au milieu desquels il vit, sont des agents de police chargés d'épier jusqu'à ses moindres démarches; on le prend pour un autre, pour quelque scélerat, quelque assassin caché dans l'hospice. On lui coupera la tête, on le sciera en deux, on le plongera vivant dans du plomp fondu....etc. Des voix lui font entendre ces menaces jour et nuit. S'il s'avise de leur demander pour quelle raison, les voix répondent en ricanant « que c'est parce qu'il n'a pas vu un Dieu nouvellement descendu parmi les hommes. » Ces mêmes voix lui ont annoncé que la petite fille qu'il aime tendrement a été assassinée, qu'il ait à creuser sa fosse dans le champ voisin, où on l'envoie travailler tout exprès pour cela.

Le sommeil est à peu près nul; à cela près, la santé physique est à l'état le plus normal.

Le 21 novembre, je prescris 10 centig. d'ext. de datura matin et soir.

Le 24. Depuis avant-hier il est survenu une vive excitation. Le malade parle seul, à haute voix, toujours poursuivi par ses hallucinations. Le matin, à la visite, je le trouve d'une gaîté folle, dont lui-même s'étonne et qu'il cherche en vain à s'expliquer.

La pupille est notablement dilatée.

Le pouls est vif, accéléré, la peau sèche et chaude. Depuis deux jours sentiment de constriction à la gorge.

La nuit dernière il a ressenti, dans diverses parties du corps, des douleurs qui passaient avec la rapidité de l'éclair.

Il a *rêvassé* toute la nuit. Il a vu de gros chats noirs s'élancer sur son lit, faire mille gambades; puis il s'est vu entouré de chasseurs qui l'ont criblé de coups de lance.

Même prescription. (extr. 20 cent.)

Le 26, L'excitation signalée précédemment est moins vive. Les hallucination ont été moins nombreuses et n'ont eu lieu que pendant la nuit. Le malade s'en inquiète moins. « Si je suis malade ainsi que vous l'affirmez, il faudra bien que cela finisse. —Au reste, vous le voyez, j'engraisse à vue d'œil, cela prouve que je n'engendre pas la melancolie; ma folie, si folie il y a, n'est pas une folie triste... » —Mais vous n'étiez pas ainsi il y a peu de jours, n'avez vous plus les mêmes sujets de chagrin, ne vous insulte-t-on plus, ne vous fait-on plus de menaces? — Oh! je suis à peu près débarrassé de tout cela; je n'entends plus rien la nuit; on ne me parle plus de mon enfant. Cependant quelques-unes des personnes avec qui je vais travailler aux champs me disent encore des injures; mais je ne leur en veux pas, on les fait agir. —Ne comprez-vous pas que tout cela est le fruit de votre imagination malade? — C'est bien possible, vraiment, mais je ne le crois guère. — Dormez-vous? — Très-bien, mais je rêve toujours; je n'ai plus vu de chats, plus de chasseurs, mais un petit oiseau qui n'a cessé de voltiger autour de ma tête et qui me donnait des coups de bec ser les yeux.

Même prescription. (20 cent. d'ext.)

L'état du ma ade est demeuré à peu près stationnaire jusqu'au 5 janvier, époque à laquelle il y eut un mieux si marqué, que je regardai la guérison comme assurée.

Mes espérances furent déçues.

Le 14 janvier, dans la nuit. C... a éprouvé tout-à-coup une violente excitation. Il s'est levé, s'est mis à marcher autour de son lit. « On veut que je meure, s'écriait-il, eh bien! tuez-moi, je suis las de vous entendre toujours dire la même chose. »

Le lendemain il m'avoua que les sifflements du vent au travers des croisées lui avaient semblé autant de voix menaçantes qui lui annonçaient sa mort; il y distinguait aussi comme les éclats de rire d'un grand nombre de personnes. S'il appuyait sa tête sur l'oreiller, aussitôt de petites voix flûtées l'injuriaient, lui faisaient les plus sinistres prédictions. Il cessait de les entendre en se mettant sur son séant. Des cadavres ont entouré son lit et lui ont fait signe de se lever et de les suivre; un d'eux s'est levé et lui a souffle *un air froid* qui lui a donné de grands *étourdissements* et lui a fait croire qu'il allait mourir.

Je suspends le datura, craignant que ce médicament ne fût en partie, sinon exclusivement, la cause des phénomènes que je viens de signaler.

La nuit suivante (15 janvier) a été beaucoup plus calme. Le surlendemain, il y eut encore un peu d'excitation; mais plus de 36 heures s'écoulèrent sans qu'il survînt d'hallucination d'aucune sorte.

Le troisième jour (18 janvier), le délire reparaît tout-à-coup, et avec une brusque intensité. Il a de

ses mains creusé la fosse dans laquelle on doit le jeter après qu'on l'aura *fumé* comme un pourceau.

Quand je m'aproche de lui, et avant que je lui aie adressé la parole... « Oh! oh! me dit-il, ce n'est pas la peine de crier si fort, je vous entends bien. — Mais je n'ai pas encore ouvert la bouche.— Cela ne m'empêche pas de distinguer parfaitement ce que vous me dites : *Tu ne guériras pas, tu seras pendu, on te fumera; tu voudrais bien te faire passer pour un Dieu.* »

A dater de cette époque (18 janvier), craignant de fatiguer le malade, je cesse toute espèce de traitement. Les désordres de l'intelligence ne subissent aucune modification importante jusqu'au 15 février.

Dès lors, trouvant la santé physique dans l'état le plus normal, et même un certain embonpoint (symptôme toujours défavorable et présageant la démence) commençant à se manifester, je résolus de soumettre le malade à une méthode de traitement plus énergique, à la méthode *perturbatrice*.

Je prépare, avec 15 grains d'extrait de datura, de l'eau de menthe et du sirop de gomme une potion, dont je lui fais prendre une cuillerée à bouche, de demi-heure en demi-heure; c'était un grain environ (5 centigr.) d'extrait pour chaque dose.

Peu après avoir pris la quatrième cuillerée, le malade se plaignit d'un peu de pesanteur au front, de picotements dans les yeux, d'un léger mal de gorge. Il se sentait étourdi, avait la bouche pâteuse et sèche, de l'enchiffrènement. Un peu d'ébétude dans le faciès. Pouls accéléré, profond, parfois irrégulier.

Ces symptômes vont en augmentant, et acquièrent, après la dixième cuillerée, une intensité qui me force à arrêter l'administration du remède. Les plus saillants sont un vif sentiment de constriction à la gorge, l'impossibilité absolue d'avaler une seule miette de pain, des frissons par tout le corps. Les extremités sont froides, les ongles bleuâtres. La vue est extrêmement trouble, la voix est faible et rapelle celle des cholériques; le malade se tient difficilement sur ces jambes; insensiblement il s'endort sur un banc, appuyé contre le mur. Son sommeil paraît calme. A peine l'en retire-t-on en le secouant assez fortement, qu'il s'assoupit de nouveau.

Cet appareil redoutable de symptômes se dissipe graduellement. Vers onze heures du soir, il ne restait plus guère qu'une faiblesse générale.

Le malade a dormi d'un sommeil profond, qu'aucun rêve n'est venu interrompre, ainsi que cela arrivait à peu près constament.

Le lendemain, il restait un peu de faiblesse dans les extremités inférieures; c'était tout. C... paraissait appécier avec justesse les hallucinations dont il était le jouet depuis si longtemps, et dont je le débarrassais, ainsi qu'il le dissait, quand je voulais, mais seulement pour un instant, et sans que je pusse les empêcher de revenir plus tard. Cependant son bon sens n'en restait pas moins faussé sur beaucoup d'autres points. Je dus craindre le retour des premiers désordres. Ce retour ne se fit pas attendre, et encore aujourd'hui le malade, dont la santé est sans doute notablement améliorée, semble fort éloigné d'une guérison radicale.

Obs. X. — D... est entré à Bicêtre le 5 septembre 1840. Le mauvais état de ses affaires (il était doreur sur bois), l'état de détresse dans lequel il se trouva plongé lui, sa femme et ses enfants, paraissent être l'unique cause de sa maladie, qui date déjà depuis deux ou trois mois. Exposé à des terreurs continuelles, il cessa de travailler, assurant que sa dernière heure était venue, qu'il n'avait plus que quelques instants à vivre, que sa femme devait chercher un autre mari qui pût la faire vivre ainsi que son enfant, etc.; on a resolu de le perdre; on veut lui ôter le pain de la main, le forcer à faire banqueroute. Jour et nuit la voix d'individus avec qui il avait eu des altercations, et qu'il accusait d'avoir causé sa ruine, retentit à ses oreilles. Cette voix lui rappelle le sujet de leurs dissidences, le traite de filou, de voleur. D... entre dans de violents accès de colère et peu après tombe dans l'abattement.

Tel était encore, ou à peu de chose près, l'état moral de D... lorsqu'il me fut envoyé à Ste-Anne, le 23 novembre 1840.

En dépouillant l'observation de ce malade, j'y trouve consignés une foule de détails qu'il serait fastidieux de rapporter ici. Il me suffira d'en donner un résumé exact.

A partir du 26 novembre 1840, jusqu'au 17 janvier 1841, D... a pris des pilules de 5 centigrammes d'extrait de stramoine, dont le nombre a été élevé successivement de 2 à 6 par jour.

Dès les premiers jours, les hallucinations disparurent; mais il survint une vive excitation, un etat voisin de la manie, qui fit bientôt placé à un état de calme et une tranquillité d'esprit due évidemment à un retour incomplet vers la raison, et qu'expliquerait assez bien, du reste, la cessation de l'un des phénomènes morbides le plus capable d'entretenir le désordre des idées.

Vers la fin de décembre, les hallucinations reparurent pendant plusieurs jours; puis, dans la nuit du 12 au 13 janvier et à chaque fois l'état général du malade empira. D... se levait pendant la nuit, parlait à haute voix, semblait s'entretenir avec différents individus. Je le surprenais dans les cours, au réfectoire, gesticulant et parlant seul.

Depuis cette époque, D... m'a répété presque chaque jour qu'il n'entendait plus de voix, ni le jour, ni la nuit.

Cependant, l'état des facultés intellectuelles, jusqu'à ce jour du moins (1er avril), ne s'est point amélioré d'une manière stable. Par deux fois, il est vrai (au commencement de février et vers le milieu du mois de mars), j'ai vu, plusieurs jours de suite, le malade si complétement raisonnable, appréciant sa situation passée avec tant de bon sens, envisageant toutes choses sous leur véritable jour, etc., que je l'eusse renvoyé de l'hospice si j'avais été certain qu'il eût trouvé de l'ouvrage en rentrant chez lui. D... me demandait instamment sa sortie; il s'affecta vivement de ne pouvoir l'obtenir.

Aujourd'hui, les remittences sont plus courtes et plus éloignées; mais les hallucinations n'ont point reparu. D..., malgré l'ancienneté de la mala-

die, sa gravité même, nous paraît encore susceptible de guérison. L'intelligence n'a point baissé. S'il est possible de prévenir le retour des hallucinations, ou du moins de les combattre toujours avec le même succès, nous devons croire que les convictions délirantes, elles aussi, disparaîtront irrévocablement.

Je ne le regardais sans doute pas comme solidement guéri; mais le retour au sein de sa famille, s'il n'eût pas dû y retrouver la misère et le chagrin, n'aurait pu que confirmer le mieux existant.

Si nous résumons les observations qu'on vient de lire, nous trouverons pour faits principaux du traitement par le datura, que :

1° Sur 10 hallucinés qui, s'ils ne pouvaient être déclarés incurables, se trouvaient dans des conditions plus ou moins fâcheuses, 7 ont guéri; un huitième ne présente pas encore toutes les garanties désirables; 2 n'ont éprouvé, durant le traitement qu'une amélioration passagère.

2° Chez les huit premiers, les hallucinations ont précédé les conceptions dilirantes; le contraire avait eu lieu chez les deux derniers.

3° La maladie durait depuis deux mois, trois mois, six mois (chez deux malades), neuf mois, deux ans; deux malades avaient eu des accès de plusieurs mois de durée.

4° Les guérisons ont été obtenues en quatre, sept jours, un mois (par la dose modérée); en cinq, huit, quinze jours (par la dose élevée); en vingt-quatre heures (par la méthode perturbatrice).

5° La convalescence a été de un mois (pour trois malades); de deux mois (pour deux malades), de trois mois, de quatre mois.

En terminant ce mémoire, il n'est pas hors de propos de poser cette question :

Quels résultats doit-on attendre de la médication par le datura, employé contre des hallucinations liées, soit comme cause, soit comme effet, à un état de *manie* ou de *monomanie chroniques?*

Je manque de faits pour répondre d'une manière précise et expérimentale à cette importante question.

Les cas de manie ou de monomanie chronique simples *non compliqués* de démence, sont excessivement rares. Presque toujours l'affaiblissement des facultés morales, dans leur ensemble ou séparément, vient, après quelques années, imprimer son funeste cachet aux deux genres de délire que je viens de nommer et faire desespérer de la guérison. Présentement dans la division dite des chroniques (1re section), à Bicêtre, sur près de cent malades, un seul, vieillard de 62 ans, monomaniaque halluciné, laisse quelques doutes sur l'affaiblissement de ses facultés.

En théorie, le succès est probable. Les guérisons que nous avons obtenues dans les affections *non chroniques* et qui ont fait l'objet de ce travail, nous portent à croire que le datura pourra être de quelque efficacité dans les cas surtout où les hallucinations auront été primitives et constitueront encore le fait le plus saillant du délire.

En effet, la médication paraît s'adresser directement à la modification cérébrale, dont les phénomènes si remarquables des hallucinations et des illusions sont l'*expression*, ou, pour m'exprimer plus rigoureusement, sont *le produit* intellectuel.

En la détruisant, ne supprime-t-elle pas un fait physiologique anormal, tombé accidentellement dans l'intelligence, et dès lors ne peut-elle provoquer une réaction salutaire, si la démence n'a pas rendu cette réaction impossible? et cette réaction ne serait-ce pas la guérison?

Mais la longue durée des hallucinations ne serait-elle pas une condition fâcheuse qui la soustrairait à l'action du datura? Le fait que nous allons relater, s'il ne détruit pas complétement nos craintes à cet égard, sera de nature du moins à les affaiblir beaucoup.

B... est un vieux malade relégué depuis plusieurs années parmi les incurables. Aux symptômes les mieux caractérisés d'une profonde démence, se joignent de nombreuses hallucinations.

Presque toutes les nuits B... entre dans de violents accès de collère, se lève, secoue son lit avec force, met sens dessus dessous paillasse et matelas pour donner la chasse à cinq cent mille ennemis qui s'y sont blottis pour le tourmenter, troubler son sommeil par leurs cris, leurs menaces, en faisant un bruit affreux. Il ne se recouche que lorsqu'il les a vus prendre la fuite.

Après neuf jours de traitement par le datura, pris à la dose de 10 centigrammes matin et soir, les hallucinations cessèrent. C'est du moins ce que nous autorisa à penser et le dire même du malade et celui des infirmiers, qui ne le voyaient plus se lever la nuit, remuer son lit, en un mot, faire son manége accoutumé. Cependant, chose digne de remarque, B... n'en persistait pas moins à croire que ses ennemis étaient toujours cachés sinon dans son lit comme auparavant, peut-être dans quelque coin du dortoir, mais sans oser se montrer et troubler encore son sommeil. Les hallucinations avaient été détruites, mais la raison qu'elles avaient faussée en conservait toujours l'empreinte. La moindre cause ne pouvait manquer de les reproduire, et c'est ce qui arriva en effet peu de temps après.

(*Ibidem*, n° 43.)

VIII. MALADIES SYPHILITIQUES.

117. *Des maladies syphilitiques du poumon*; par le docteur Munck.

Les écrivains du dernier siècle admettaient généralement que l'affection syphilitique exerce une certaine influence sur l'état physiologique du poumon, et même y détermine, dans quelques cas, un état pathologique spécial. Morton, Sauvage, Portal ont admis une phthisie syphilitique; Hoffmann, Margagni, Todd, Schwartz, Mezza, Saucerotte et plusieurs autres, ont rapporté des cas de ce genre, et la plupart sous le nom de phthisie syphilitique; mais depuis que la signification du mot phthisie a été bornée à l'affection tuberculeuse, on a cessé de parler de la phthisie vénérienne. Quelques modernes cependant ont conservé le souvenir des anciennes traditions sur ce sujet, et parmi eux l'auteur cite le professeur Shroeder, Vander Kolk, d'Utrecht, et les docteurs Graves et Stockers, de Dublin; mais ce n'est plus sous le nom de phthisie que ces cas doivent être désignés; car rien ne démontre que la syphilis puisse déterminer la formation des tubercules; mais l'auteur pense que l'inflammation spécifique, déterminée par le virus, peut frapper la muqueuse bronchique et le parenchyme pulmonaire, ou, en d'autres termes, se manifester sous les formes variées de la bronchite, de la pneumonie et de la broncho-pneumonie. Le docteur Graves, qui s'est surtout occupé des formes chroniques de ces affections, dit qu'il lui serait difficile de désigner celui des tissus du poumon qui en est le plus fréquemment affecté; car, bien que la muqueuse brochique en souffre souvent, il est probable que le virus vénérien peut, à la manière des autres effluves, animaux, par exemple, la rougeole et la scarlatine, amener aussi quelquefois la pneumonie.

Le docteur Stokes, qui a décrit spécialement la forme aiguë de ces affections, compare cette dernière à la bronchite qu'on observe pendant la durée des exanthèmes, tandis que la forme chronique, lorsque la périostite du thorax vient se joindre au marasme syphilitique, offre une grande ressemblance à la vraie phthisie pulmonaire. La forme aiguë s'observe souvent à la suite d'une infection, à la suite de laquelle, après un temps plus ou moins long, le malade est pris d'une fièvre continue, et présente tous les symptômes d'une irritation bronchique intense. Au bout de quelques jours, une abondante éruption d'un rouge brun apparaît sur la peau, et l'affection interne disparaît complétement, ou au moins éprouve une diminution considérable. Le docteur Byrne, médecin de l'hôpital Loch (hospice des vénériens de Londres), dit avoir vu fréquemment des malades qui, après avoir eu une première affection vénérienne, et entrant à l'hôpital soit pour une nouvelle infection, soit pour une simple gonorrhée, y étaient pris d'une bronchite intense avec fièvre. L'invasion est subite et les accidents sont si intenses qu'on est le plus souvent obligé de pratiquer une saignée, à la suite de laquelle apparaît une éruption abondante, offrant à la fois les caractères du lichen et des affections squammeuses, en même temps que la poitrine éprouve un calme complet. Le même médecin a observé des faits entièrement opposés, c'est à-dire, qu'il a vu des accidents bronchiques graves et la fièvre continue succéder à la disparition d'une éruption syphilitique. Une saignée et quelques diaphorétiques calmaient tous ces accidents en ramenant l'éruption cutanée.

La bronchite vénérienne chronique peut, comme tous les autres phénomènes secondaires, se montrer à des distances bien différentes de l'infection primitive, et l'auteur affirme ne rien pouvoir nous apprendre de positif sur l'époque à laquelle elle se développe dans l'ordre des autres phénomènes secondaires, sinon qu'elle le fait plutôt à une époque avancée; il l'a vue quelquefois précéder le mal de gorge, mais le plus souvent elle ne vient qu'après, et comme si le mal gagnait le larynx, puis la trachée, et enfin les bronches.

Dans les premiers temps, les phénomènes sont presque les mêmes que ceux du catarrhe simple; cependant la voix reste altérée; il y a dans le larynx un sentiment d'irritation et de sécheresse continuelles, avec une toux fréquente, sèche, fatigante; puis l'irritation et la sécheresse descendent dans la poitrine, et il y a un sentiment de constriction douloureux derrière le sternum; le plus souvent, l'irritation du larynx persiste et détermine une toux brève, fatigante, accompagnée quelquefois de catarrhe muqueux, symptômes qui ont souvent fait croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse et occasioné une erreur fâcheuse dans le diagnostic. Quand la maladie a duré quelque temps, la sécrétion muqueuse fournie par le larynx et les bronches ne tarde pas à présenter les caractères du pus, puis la fièvre hectique s'empare du malade, si déjà elle n'existait pas auparavant.

L'auteur ne fournit aucun document qui lui soit propre sur les altérations que présentent les poumons des sujets qui succombent à ces accidents; il rapporte ceux qui lui ont été communiqués par le docteur Sadowski, de Prague, et qui paraît avoir observé dans les cas de bronchite syphilitique l'ulcération de la muqueuse des bronches. Ces ulcérations ont très-peu d'étendue, sont extrêmement nombreuses et couvrent toute la muqueuse, même celle des petites bronches. Le docteur Munck ne cite qu'un seul cas où il ait observé ces ulcérations de la muqueuse bronchique, et qui étaient si nombreuses qu'elles semblaient n'en faire qu'une seule, qui pénétrait jusque dans les plus petites bronches. Très-nombreuses dans le larynx et dans les bronches, ces ulcérations avaient laisse la trachée seule intacte. Le sujet était un jeune homme qui, à l'âge de 19 ans, avait contracté, en voyageant, une affection vénérienne, qu'il avait cherché à cacher pendant longtemps. Au bout d'un an de traitement incomplet et fort irrégulier, il fut pris de mal de gorge

avec éruption cuivrée sur la peau, douleur nocturne, puis une toux continuelle, des crachats purulents, et enfin un amaigrissement et un affaiblissement qui se terminèrent par la mort, deux ans après l'affection. Il cite encore un autre cas des *acta medicorum berolinensium*, pour passer à l'étude de la pneumonie syphilitique, qui lui a paru plus grave que la bronchite de même espèce; elle ne diffère, selon lui, de la pneumonie simple que par l'historique des cas et par la fréquence des abcès pulmonaires dans le tissu du poumon. Mais ce dernier caractère a besoin d'être confirmé par de nouvelles recherches.

Quant au traitement à employer dans ces cas, M. Munck se borne à conseiller l'emploi du mercure, et surtout celui de l'iode, dont les préparations ont obtenu dans le traitement de la syphilis constitutionnelle un si grand succès entre les mains des médecins anglais; il associe ordinairement la salsepareille à ces deux médications, et assure en avoir retiré les effets les plus avantageux.

(*London Med. Gazette.*)

---

118. *Bons effets de l'iodure de potassium contre des accidents syphilitiques tertiaires, réputés incurables, siégeant au pharynx et sur toute l'étendue du voile du palais;* par G.-V. Lafargue, D. M.

M. Ricord a rendu un service signalé à la pratique en définissant, aussi bien qu'il l'a fait, les cas de syphilis invétérée où l'iodure de potassium se trouve indiqué. Ce n'est qu'après avoir patiemment et longuement soumis au creuset d'une expérimentation raisonnée ce médicament, que cet habile chirurgien en a prescrit l'usage dans les accidents syphilitiques tertiaires; il a, on peut le dire, dessiné avec tant de précision, il a limité si bien les formes symptomatiques vénériennes qui réclament l'emploi de cet héroïque remède, qu'il n'est pas un praticien, docile à ses conseils, qui ne puisse, ses articles en main, obtenir les succès qu'il promet. Je lui dois moi-même, sous ce rapport, un magnifique résultat dans deux cas désespérés; l'un se trouve inséré dans le tome XIX, page 340, de ce journal; il y est question de douleurs ostéocopes siégeant dans l'un des membres pelviens, survenues à la suite d'une ancienne infection syphilitique, qui cédèrent subitement, et comme par miracle, à l'emploi de l'iodure de potassium. Quelques praticiens, qui avaient échoué dans leurs tentatives, ne manquèrent pas de rejeter ce succès sur le compte d'un hasard heureux. En effet, cela tient tant du prodige, que je conçois que ceux qui n'ont pas lu les importants articles publiés par M. Ricord sur ce sujet dans ce journal (voyez t. XVII, p. 21, et t. XIX, p. 20) aient été portés à ne voir là qu'une simple coïncidence. Mais il vient de se présenter dans ma pratique une nouvelle occasion de prouver à ces confrères que le secret de mon triomphe, dans les cas qu'ils avaient considérés comme incurables, se trouve dans la fidélité avec laquelle j'ai mis en pratique les préceptes émis par le chirurgien de l'hôpital des vénériens. Voici, du reste, le nouveau fait que j'ai à rapporter.

M. M***, résidant à Castillon (Gironde), âgé de quarante-deux ans, d'une stature athlétique, fut atteint, il y a environ une dizaine d'années, d'accidents syphilitiques primitifs qui cédèrent sous l'influence des moyens ordinaires. Parfaitement rassuré sur son état, M. M*** a joui, jusqu'au printemps de 1840, de la plus brillante santé. A cette époque, vers le 15 mai, il éprouva, sans causes connues, quelques douleurs de gorge dont il ne se préoccupa point, et qui, à la fin du mois, s'étaient sensiblement accrues. Deux semaines s'écoulent encore; puis voyant qu'en définitive le mal s'aggravait, M. M*** se décida à user de tisanes émollientes. Au bout d'un mois, la douleur, loin de s'amender, prenant au contraire de l'intensité, notre malade crut devoir s'examiner devant une glace. Mais quelle ne fut pas sa surprise en s'apercevant qu'une vive inflammation avait envahi l'isthme guttural! les amygdales, la luette, le voile du palais, tous ces organes à la fois étaient rongés, tuméfiés et sillonnés d'ulcérations. Un médecin appelé ordonna des gargarismes et des tisanes émollientes. Un mois s'coula durant l'usage de ces moyens; mais au bout de ce temps, la phlogose et les ulcérations avaient fait tant de progrès, qu'il devint impossible au malade d'avaler des aliments solides. La diète lactée absolue qu'on leur substitua ne fut que péniblement tolérée, car plus de la moitié du lait refluait par les narines, la diglution devenant de jour en jour plus douloureuse. Le médecin ordinaire s'empressa de prescrire alors divers remèdes (des préparations hydrargiriques, sans doute, qui demeurèrent sans effet durant les six semaines de leur emploi. Un nouveau médecin, consulté, conseilla la tisane de salsepareille, de squine et de gayac et cautérisa, deux fois la semaine, les ulcérations avec le nitrate acide de mercure. Cette médication ayant eu le sort de la première, M. M*** se décica à aller invoquer les lumières de l'une des sommités chirurgicales des hôpitaux de Bordeaux, qui fit continuer la tisane de salseparaille, puis pratiquer, de jour à autre, des frictions sur la langue avec le muriate d'or; il y joignit de plus la cautérisation des ulcères guttuaux avec le collyre de Lanfranc, les jours où l'on ne prenait pas le sel d'or. Au bout de huit jours de ce traitement, amélioration presque complète, mais qui ne persista pas, car trois jours après, la phlogose ulcéreuse se ranima plus intense que jamais. La médication du chirurgien fut cependant suivie jusqu'au bout, mais la guérison promise faisant défaut, M. M*** se trouva plus affligé que jamais; ne venait-il pas, en effet, de perdre l'espérance! sollicité par quelques amis communs, il vint machinalement me consulter quelques semaines plus tard, c'était le 9 mars 1841; voici dans quel état cet homme s'offrit à moi:

Dès l'abord de M***, je crus avoir affaire à quelque maladie organique des poumons: sa taille élevée, sa maigreur squelettique, son teint pâle, ses pommettes proéminentes, un certain degré d'oppression, une sorte de toux et une expectoration non interrompue, tout contribua à favoriser mon

illusion, qui se dissipa bientôt après avoir interrogé méthodiquement le malade. Ce fut alors que je recueillis les détails que j'ai donnés. L'arrière-bouche était criblée d'ulcérations, les unes profondes, les autres superficielles, mais toutes confluentes, mais toutes taillées à pic. Elles avaient envahi les amygdales, les piliers et le voile du palais, la luette et toute la paroi postérieure du pharynx, à laquelle le pilier droit palatin adhérait par un tissu inodulaire irrégulier. Un mucos abondant, épais, d'un gris sale, recouvrait sorditement ces espèces d'alvéoles ulcéreuses qui n'étaient rouges que sur leur rebord saillant. Ce muco-pus fluait sans cesse, nuit et jour, et à chaque seconde, de l'arrière-bouche, par un mouvement d'expuition qui fatiguait beaucoup le malade, et qu'au premier abord j'avais pris pour de la toux pectorale. Une odeur des plus désagréables et comme de salivation mercurielle, s'exhalait de ce cloaque buccal ; l'air ambiant en était si vite imprégné, qu'il devenait bientôt utile de le renouveler. Le sommeil était impossible par suite de la distillation incessante du muco-pus buccal. La déglutition était devenue un des plus grands tourments du malade : dévoré par la faim, il ne pouvait parvenir à avaler quelques parcelles d'aliments solides ou liquides qu'au prix de vives douleurs et d'efforts inouïs. S'il s'agissait, par exemple, de boire, la première gorgée du liquide passait, parfois aussi la seconde, mais c'était là tout ; le reste rejaillissait par les fosses nasales. Il en était à peu près de même pour les aliments solides ; le voile du palais ne fonctionnait pas dans l'acte de la déglution; il était vicieusement uni à la paroi postérieure du pharynx ; de là le reflux des substances alimentaires par l'ouverture postérieure des narines. Pénétré de l'idée qu'il était devenu un objet de dégoût pour tous autres que ses poches, M. M*** en était réduit à manger en particulier lorsqu'il craignait la venue de quelque étranger.

Les poumons fonctionnaient avec régularité ; la maigreur n'était que le résultat de l'insuffisance de l'alimentation et du défaut de sommeil. Pour nous résumer, voici l'ensemble des symptômes que présentait ce malade :

1° Ulcérations profondes et confluentes de toute l'arrière-bouche, du côté droit surtout ; 2° expuition continuelle d'un muco-pus abondant et fétide ; 3° marasme avec appétit effréné et néanmoins impuissance de le satisfaire, par suite de la douleur et de l'imperfection de la déglutition ; 4° insomnie opiniâtre provenant de l'obligation de toujours cracher. Il y avait déjà deux mois que cela durait, et on avait vainement essayé tant de moyens !

Que faire en présence de tant de ravages? Que confier à cet organisme usé? Qu'attendre de la marche si fatale de ce mal dévorant?.. Il y a quelques mois, j'aurais assurément dit la *mort ;* mais grâce à l'iodure de potassium, j'ai pu espérer la guérison et la promettre ; et mon pronostic s'est heureusement réalisé !

Je soumis de suite M. M*** à l'usage de la potion de M. Ricord. En voici la formule.

Prenez :	Eau distillée commune. .	90 gram.
	Iodure de potassium. . .	50 centig.
	Sirop de pavot.	30 gram.

En nous confirmant aux préceptes de l'auteur, cette potion fut prise en trois fois dans la journée, dans un verre d'une décoction de salsepareille. Les doses devaient être accrues tous les cinq jours de 50 centigrames.

Soupçonnant, par l'odeur *sui generis* de la salivation, qu'on avait usé de quelque préparation hydrargirique, j'y joignis d'instinct la potion antiptyalique de Kluge. Ce mélange m'avait déjà valu plusieurs guérisons promptes et solides de phtyalismes, dans des cas où les autres moyens avaient échoué. Voici la formule de cette potion :

Prenez :	Iode	25 centig.
	Alcool	8 gram.

Dissolvez et ajoutez :

	Eau de cinamome. . .	75 gram.
	Sirop simple.	45 gram.

On prend cette potion dans les vingt-quatre heures par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure, sans aucun excipient.

Tel fut donc la médication que nous ordonnâmes à notre malade le 9 mars 1841. Il la commença dès le lendemain, et ce fut avec zèle et confiance qu'il prit ce parti. Je ne vis le malade que le dimanche suivant, 14 mars. Je fus un peu désappointé : le mal de gorge était plus violent qu'auparavant, la déglutition plus difficile ; mais le muco-pus s'écoulant en moindre abondance, il y avait un peu de sommeil ; les ulcérations pharyngiennes s'étaient visiblement modifiées. La confiance de M. M*** s'était ébranlée; sa faim était extrême, et toujours même obstacle pour la satisfaire. Il me quitta à peu près désespéré, et cependant ce jour-là même il devait recueillir les premiers fruits du traitement de M. Ricord. En effet, deux heures après son départ de chez moi, il fut sollicité par sa belle-sœur de prendre chez elle quelques aliments que son estomac désirait bien vivement, mais qu'il savait, lui, ne pouvoir faire pénétrer jusqu'à cet organe. Il essaya pourtant, et il tomba dans la stupéfaction ! il pouvait avaler, il pouvait enfin se satisfaire, et il le fit tant et si bien qu'en quelques minutes il fit disparaître tout un quartier d'oie confit. Il y avait plus de six mois que pareil bonheur ne lui était arrivé! A partir de ce moment, il continua à avaler sans douleur, à manger selon son grand appétit et sans régurgitation nasale. La salivation disparut en entier, ainsi que l'extrême fétidité de l'expuition ; le sommeil revint comme autrefois, et tout cela eut l'instantanéité du miracle. Huit jours plus tard, le dimanche 21 mars, M. M*** n'était plus reconnaissable : l'embonpoint renaissait, les ulcérations de la gorge étaient cicatrisées, l'adhésion du pilier droit palatin au fond du pharynx s'était relâchée, la santé l'emportait enfin, la guérison était arrivée. M. M*** continua ce traitement dans toute sa rigueur pendant deux mois ; une fois qu'il eut atteint la dose de 1 gramme 50 centigrammes (30 grains) d'iodure de potassium

par jour, il ne voulut plus la dépasser. Cette merveilleuse cure s'est parfaitement soutenue, et aujourd'hui, 6 novembre 1841, M. M*** se trouve aussi dispos, aussi fort, aussi robuste qu'à aucune époque de sa vie. Un fait aussi concluant n'a pas besoin de réflexions.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*, novembre.)

B. CLINIQUE DES HOPITAUX, DES MATERNITÉS ET DES MAISONS D'ALIÉNÉS.

119. *Compte-rendu des maladies observées à la clinique de maladies des enfants de la Faculté de Strasbourg, pendant les trois années scolaires* 1837 — 1840; par le docteur V. Stoeber (1).

L'hôpital civil de Strasbourg possédait depuis longues années une salle d'enfants malades, annexée au service d'accouchements de l'école des sages-femmes. En 1837 la commission administrative de l'hôpital, sur la demande de M. le doyen de la Faculté de médecine, détacha cette salle du service d'accouchements, et me la confia pour que je la fisse servir à l'instruction des élèves. La clinique des maladies des enfants fut ouverte au commencement de novembre 1837.

Le local consiste dans une grande salle, divisée, jusqu'à la moitié de sa hauteur, en deux, par une cloison en planches. La première ou grande moitié contient quatorze lits et est destinée aux filles et aux petits enfants. La seconde partie, qui renferme les garçons, n'a que six lits. Nous avons par conséquent vingt lits. Nous admettons dans la salle les enfants depuis l'âge d'un an jusqu'à celui de quinze, quelle que soit leur affection, excepté cependant ceux qui doivent subir des opérations graves ou qui ont des fractures et qu'on place dans les salles de chirurgie. Ne sont également pas reçus les enfants effectés de gale et de teigne faveuse, parce qu'il existe des salles spéciales pour ces affections contagieuses. Ces salles viennent d'être réunies à notre clinique et serviront dorénavant à l'enseignement, ce qui est d'autant plus utile, qu'une clinique des maladies des enfants a besoin d'un bien plus grand nombre de lits qu'une clinique ordinaire, le nombre des maladies chroniques étant bien plus considérable chez les enfants qui entrent dans les hôpitaux que chez adultes. Les parents se décident difficilement à se séparer de leurs enfants, et lorsqu'une maladie ne se prolonge pas trop, ils les soignent chez eux. Il en résulte que la proportion des cas aigus aux maladies chroniques est faible dans nos salles, et que le mouvement y est peu considérable. On verra cependant par le relevé des maladies traitées que les cas intéressants n'ont pas manqué; d'ailleurs il est tout aussi essentiel pour les élèves d'apprendre à traiter les affections chroniques; celles-ci se présentent dans la pratique civile aussi fréquemment que dans les hôpitaux; seulement leur étude est plus difficile et de là plus négligée que celle des maladies aiguës.

Le 1er novembre 1837, lorsque je pris le service des enfants malades, je trouvai dans la salle 7 malades.

Il en est entré durant l'année scolaire de
1837-1838 82
Durant l'année 1838-1839 111
Durant l'année 1839-1840 100

Nous avons donc traité dans ces trois années 300 malades.

Sur ce nombre sont sortis guéris 194
Incomplétement guéris au améliorés. . . . 20
Non améliorés ni guéris. 24
Ont été évacués sur d'autres services. . . . 9
Sont morts. 43
Restent en traitement au 1er novembre 1840 10

Les entrants étaient très-inégalement répartis entre les hivers et les étés. Nous en avons eu 179 dans les 3 hivers et seulement 114 pendant les êtes. Le vide qui en résultait pour nous dans cette dernière saison était heureusement comblé par le plus grand nombre de consultants pour les maladies des enfants et des yeux, qui venaient à la clinique durant l'été.

Les malades qui figurent sur le relevé comme sortis non guéris ni améliorés, n'ont presque tous séjourné dans la salle que pendant deux ou trois jours, au bout desquels les parents venaient les reprendre. Ceux qui ont été évacués avaient été affectés de gale pendant leur séjour dans la salle; c'étaient des enfants qui avaient eu cette maladie précédemment, mais qui paraissaient guéris quand ils furent reçus dans notre service pour d'autres affections.

La mortalité a été à peu près la même dans les trois années : d'un sur sept; un peu plus forte en 1839 qu'en 1838 et 1840.

Durant ces trois années nous avons observé les maladies suivantes :

Fièvres intermittentes quotidiennes, 4. — *Idem*, tierces, 9. — *Idem*, quarte, 1. — Fièvre éphémère, 1. — Fièvre catarrhale, 1. — Affections typhoïdes, 26. — Rougeoles, 3. — Scarlatines, 5. — Vaccinations pratiquées, 8. — Erythèmes étendus, 2. — Erysipèles à la face, 2. — Erysipèle au tronc, 1. — Eczémas aigus, 2. — Prurigo, 1. — Gales, 5. —

(1) Mémoires du cercle médico-chirurgical de Bruxelles.

Rupia, 1. — Teignes faveuses, 3. — Teignes impétigineuses, 19. (Teignes granuleuses, 12. — Teignes muqueuses ou croûtes de lait, 7.) — Lupus, 2. — Zona, 1. — Syphilides, 3. — Aphthes, 1. — Muguet, 1. — Stomatites ulcéreuses, 5. — Salivation mercurielle, 1. — Dentitions difficiles, 3. — Angines tonsillaires, 5. — Parotides, 2. — Entérites, 6. — Diarrhées chroniques, 5. — Coliques, 2. — Hépatite chronique, 1. — Engorgement de la rate, 1. — Laryngite aiguë, 1. — Bronchites aiguës et subaiguës, 9. — Pneumonies, 21. — Phthisies, 8. — Coqueluches, 3. — Pleurésie, 1. — Pleurodynies, 2. — Rhumatisme du cœur, 1. — Hypertrophie du cœur, 1. — Hydropisies, suite de scarlatine, 6. — Anasarques, 5. — Ascites, 3. — Albuminurie, 1. — Chloroses, 3. — Dysménorrhées, 2. — Leucorrhées aiguës, 5. — Incontinence d'urine, 1. — Incontinence de l'urine et des matières fécales, 1. — Hydrocéphales aiguës, 3. — Hydrorachis aiguë, 1. — Ramollissement de la moelle épinière, 1. — Etat comateux, 1. — Idiotisme congénial, 1. — Hémiplégie, 1. — Paraplégie, suite de variole, 1. — Epilepsies, 2. — Chorées, 2. — Convulsions, 4. — Fièvre rhumatismale, 1. — Rhumatismes articulaire et musculaire aigus, 2. — Rhumatisme chronique, 1. — Affections scrofuleuses diverses, 71. — Carreaux, 17. — Rachitisme, 8. — Marasme, 2. — Faiblesse musculaire, 4. — Engorgements glanduleux du cou, 20. — Goître, 1. — Orchite chronique, 1. — Tumeur à l'aine, 1. — Abcès phlegmoneux, 2. — Abcès du cuir chevelu, 2. — Abcès de la fesse, 1. — Abcès sur la rotule, 1. — Abcès au pied, 1. — Abcès scrofuleux au cou, 1. — Abcès froids disséminés, 1. — Abcès par congestion, 2. — Ulcères scrofuleux superficiels, 5. — Ulcères scrofuleux d'un doigt, 1. — Ulcère fistuleux au pied, 1. — Ulcère fistuleux à la joue, 1. — Ulcère dartreux, 1. — Engelures ulcérées, 3. — Pieds gelés, 1. — Carie des vertèbres, 4. — Tubercules des vertèbres, 2. — Déviation de la colonne vertébrale, 1. — Carie du crâne, 1. — Carie du temporal, 1. — Carie de l'orbite, 1. — Carie des extrémités, 4. — Nécrose de la mâchoire inférieure, 1. — Nécrose du pubis, 1. — Coxalgies, 2. — Tumeur blanche du genou, 1. — Ostéosarcome de la cuisse, 1. — Brûlures étendues, 2. — Blessure à la main, 1. — Panaris, 1. — Ecorchures aux pieds, 1. — Phimosis, 1. — Polypes du rectum, 2. — Chute du rectum, 2. — Ophthalmies scrofuleuses, 51. — Ophthalmie catarrhale, 1. — Ophthalmie impétigineuse, 1. — Ophthalmie externe aiguë, 2. — Kératite, 1. — Ulcère de la cornée, 1. — Staphylôme de la cornée, 1. — Fausse cataracte, 1. — Otorhée, 1. — Surdité, 2.

Sur les 300 malades nous avons donc observé à peu près 400 affections diverses, ce qui provient de ce que des lésions chroniques externes existaient quelquefois au nombre de 2 ou 3 sur le même individu.

Les 43 décès ont eu lieu par l'effet des maladies suivantes :

Affection typhoïde, 1. — Scarlatine avec carie du crâne, 1. — Entérites, 2. — Pneumonies, 10. — Phthisies, 2. — Hydropisies, suite de scarlatine, 5. — Anasarque, 1. Hydrocéphales aiguës, 3. — Ramollissement de la moelle épinière, 1. — Etat comateux, 1. — Convulsions, 2. — Carreau, 9. — Marasme, 1. — Tubercule des vertèbres, 1. — Carie des vertèbres, 1. — Coxalgie et carie du temporal, 1. — Brûlure, 1.

Parmi les malades observés, il y en a eu beaucoup d'intéressants ; un grand nombre d'autres, sans présenter des affections extraordinaires, n'en ont pas moins été instructifs pour les élèves : les cas rares et exceptionnels ne sont pas ceux qu'il faut surtout faire voir aux commençants, mais plutôt les cas qui se présentent le plus souvent dans la pratique, et qu'ils auront par la suite le plus fréquemment à traiter. D'ailleurs les maladies des enfants offrent encore tant de points obscures, que les cas les plus simples en apparence peuvent quelquefois servir à éclaircir des question en linge.

Je ne m'arrêterai dans cette revue qu'à quelques maladies principales, et je ne citerai qu'un petit nombre d'observations, parmi celles qui offrent le plus d'intérêt.

Affection typhoïde.

Quoique beaucoup d'auteurs, même anciens, aient décrit dans leurs traités des maladies des enfants, la fièvre nerveuse, le typhus, la fièvre rémittente, et qu'on sache bien que de nos jours on comprend à peu près toutes ces fièvres sous le nom d'affection typhoïde, l'opinion ne s'en est pas moins répandue parmi les médecins, depuis les travaux de MM. Louis et Chomel, que cette affection était rare chez les enfants. Les recherches de MM. Taupin (1), Rilliet, Roger (2), Rufz (3), ont de nouveau attiré sur ce sujet l'attention des observateurs, en faisant voir que la maladie, bien loin d'être rare, se rencontrait très-fréquemment dans l'enfance, mais qu'elle présentait chez les sujets de cet âge quelques légères modifications. Mes observations sont d'accord sur la plupart des points avec celles des médecins cités.

Des 26 typhoïdes observés, 1 était âgé de quinze ans, 2 de quatorze, 3 de treize, 5 de douze, 2 de onze, 4 de dix, 3 de neuf, 2 de huit, 1 de sept, 2 de dix et 1 de quatre ans. La moitié des malades avait donc dépassé l'âge de dix ans, et la maladie devient de plus en plus rare, à mesure que l'âge diminue; c'est une observation déjà faite par M. Roger. Plusieurs fois deux ou trois frères et sœurs sont entrés à l'hôpital en même temps, affectés de fièvre typhoïde. Jamais la maladie ne s'est propagée à un des enfants qui se trouvaient dans la salle pour d'autres maladies.

Il est digne de remarque qu'à un âge où le système nerveux est si impressionnable, où non-seu-

(1) Journal des conn. méd.-chir., 1839, nov. et déc. 1840., janvier.

(2) Archives génér. de méd., 1840, t. VIII, p. 292.

(3) Ibid., t. IX, p. 45.

lement les maladies graves, mais quelquefois de simples indispositions s'accompagnent de mouvements convulsifs, les symptômes nerveux de l'affection typhoïde soient moins intenses que chez l'adulte. C'est là cependant un fait qui ressort de mes observations. Chez deux de mes malades les symptômes abdominaux étaient intenses, et les troubles nerveux se bornaient à une prostration considérable des forces, et un peu de somnolence. Dans ces cas les enfants restent presque immobiles dans leur lit, sans rien demander. La prostration existait chez tous mes malades, accompagnée d'une somnolence et d'une stupeur plus ou moins fortes. Dans un peu plus de la moitié des cas il y a eu du delire; mais il était moins fort que chez l'adulte, et a été moins observé sur les sujets très-jeunes.

Beaucoup d'enfants sont trop jeunes ou trop peu intelligents pour donner des renseignements sur ce qu'ils eprouvent; c'est probablement cette circonstance qui est cause que nous n'avons observé la céphalalgie et les vertiges que dans la moitié des cas. Dix de nos malades ont présenté de la surdité.

A l'exception de quatre, nos malades ont tous eu la diarrhée; mais chez quelques-uns elle n'a duré que les premiers jours et a été remplacée par de la constipation. Dans tous les cas elle a été peu intense. On sait que chez l'adulte, s'il y a de la constipation, c'est plutôt au début et qu'elle est souvent suivie de diarrhée; le contraire est rare. En serait-il autrement chez l'enfant? Nos observations sont trop peu nombreuses pour résoudre la question. — Je n'ai observé le météorisme que six fois.

M. Rufz a déjà noté la rareté des taches typhoïdes, d'autant plus remarquable que les enfants sont disposés aux maladies éruptives. Mes observations tendraient à confirmer ce fait, puisque sur les vingt-six malades je n'ai trouvé que trois fois les taches rosées lenticulaires. Par contre dix ont presenté des pétéchies; proportion plus forte que celle qu'on remarque chez les adultes. Une fois la poitrine et le cou ont été couverts de vesicules miliaires cristallines.

Une autre particularité de l'affection typhoïde des enfants consiste dans la rareté des épistaxis, qui, à l'état de santé, s'observent plus souvent à cet âge que chez les adultes. Trois malades seulement ont présenté ce symptôme.

L'état de la langue, la soif, la douleur abdominale, la fièvre sont chez l'enfant ce qu'ils sont chez l'adulte, à moins que la dernière ne soit encore plus rémittente dans les jeunes sujets qu'à un âge plus avancé, ce que quelques-uns de mes faits paraissaient indiquer.

La modification la plus notable et la plus heureuse que l'enfance paraît imprimer à l'affection typhoïde, est celle qui concerne le pronostic. M. Rilliet a trouvé, il est vrai, une mortalité d'un cinquième, mais les chiffres de MM. Roger, Taupin et les miens sont beaucoup plus favorables.

Sur mes 26 malades un seul a succombé, et encore n'est-ce point pendant l'existence des symptômes typhoïdes, mais au bout de six semaines, par l'effet de l'épuisement résultant de la suppuration abondante qui suivit la chute d'escarres gangréneuses très-etendues.

Il ne faudrait cependant pas croire que les cas graves ne s'observent point chez les enfants; plusieurs de nos observations prouveraient le contraire; mais la proportion des affections typhoïdes graves me paraît moins forte chez eux que parmi les adultes.

Le traitement employé dans la grande majorité des cas n'a consiste qu'en des lotions vinaigrées tièdes et de la tisane commune ou de l'eau pour boisson. Dans un certain nombre de cas, ce traitement à peu près expectant a été suivi, dans une période plus avancée de la maladie, de l'administration d'une décoction de quinquina et d'une solution de sulfate de quinine. Chez un malade dont je rapporterai l'observation, le traitement tonique et stimulant a été employé avec succès à une periode moins avancée; cette médication était indiquée chez ce sujet par la prostration extrême, les suffusions sanguines, etc.

Tous nos malades toussaient; chez quelques-uns la bronchite typhoïde passa à l'état d'engouement pulmonaire, qui exigea l'application d'un vésicatoire. Enfin dans les deux cas où des symptômes inflammatoires du côté des voies digestives étaient prédominants, le traitement antiphlogistique fut d'abord mis en usage.

Je crois, pour resumer ce qui a rapport au traitement, que chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, la méthode expectante est celle qui est le plus souvent indiquée.

Je terminerai ce que j'ai dit sur l'affection typhoïde par une observation intéressante recueillie à notre clinique :

Observation. — *Affection typhoïde grave; traitement raffraîchissant, puis tonique et stimulant; guérison.*

Joseph Weyer, âgé de huit ans, entré à la clinique le 12 mars 1839. Il est affecté depuis le 3 d'une fièvre qui, les trois premiers jours, se manifestait par un frisson à midi, suivi de chaleur, laquelle durait jusqu'au retour du frisson le lendemain. Depuis le 6 la chaleur persiste sans être interrompue par des frissons. Dès le début le malade était abattu et ne pouvait se tenir hors du lit. Le troisième jour le délire a commencé et n'a pas cessé depuis. Au commencement il y avait de la diarrhee, mais depuis deux jours le malade n'a qu'une selle non liquide par jour.

Etat actuel : Expression typhoïde de la face; pupilles non dilatées; réponses incohérentes; le malade a déliré toute la nuit; depuis ce matin il est alternativement dans un etat comateux et dans une stupeur avec les yeux ouverts. La peau est couverte sur toute la surface du corps de nombreuses pétéchies, qui, au dire de la mère, existent depuis deux jours. Point de taches rosées lenticulaires. La langue est rouge, lisse, peu humide. Le malade boit beaucoup; dans son délire il demande continuellement à manger. Le ventre est mou, non météorisé; il n'y a point de gargouillement, et le malade ne tire point les traits lorsqu'on comprime l'abdomen dans ses différentes régions. Toux sèche, fréquente; sonoréité normale de la poitrine; râle sibilitant des deux côtés; l'air ne paraît pas pénétrer librement jusque dans les vésicules les plus éloignées, ce qui

pourrait provenir de la brièveté de la respiration. Pouls fréquent, peau développé ; chaleur sèche à la peau.(Vésicatoire à la poitrine; fomentations froides sur la tête; lotions tièdes de tout le corps avec de l'eau vinaigrée.)

Le 16. Pendant les quatre premières journées qu'il passa à l'hôpital, le malade resta dans le même état ; seulement sa langue se sécha, et l'on fut obligé de provoquer tous les jours une selle par un lavement. Aujourd'hui les pétéchies ont en partie disparu.

Le 19. Le délire a augmenté; il persiste même pendant la journée; dans les intervalles du délire les réponses aux questions simples sont assez justes ; mais l'ouïe est très-dure.

Le 20. Même état des symptômes nerveux. La toux est plus fréquente, grasse; râle muqueux et ronflant, surtout à droite. OEdème des parties génitales. (Décoction de polygata senega.)

Le 23. La tête et la poitrine dans le même état. Diarrhée modérée. Ecchymoses considérables sur différentes régions du corps, surtout aux extémités inférieures : au genou, à la face interne de la jambe. (Décoction de polygala senega et décoction de quinquina, à prendre par cuillerée et alternativement d'heure en heure.)

Le 23. Prostration augmentée. Pouls très-faible, mais moins fréquent. Respiration courte ; sonoréité de la poitrine. En avant on n'entend pas l'inspiration ou quelquefois très-faiblement ; à l'expiration on perçoit un râle muqueux à très-grosses bulles. En arrière ce bruit se fait entendre à l'inspiration et à l'expiration, mais plus faiblement. Diarrhée diminuée. Ventre tuméfié ; on y trouve de la fluctuation. OEdème du scrotum et de la verge augmenté. Les ecchymoses sont moins considérables. Décoction de polygala senega. J'ajoute à la décoction de quinquina deux grammes d'esprit de sel ammoniac anisé. Quelques cuillerées de vin rouge.)

Le 27. A dater de ce jour tous les symptômes diminuent ; les réponses sont plus nettes; la surdité moins forte; la langue redevient humide ; le malade continue à demander à manger, et on lui donne une soupe; les selles sont moins liquides; la poitrine se dégage et le pouls se développe davantage. Les ecchymoses disparaissent et l'œdème diminue.

Le 1er avril, le pouls est naturel. La diarrhée persiste jusqu'au 9; et le 15 tous les smptômes morbides ont disparu. Les médicaments toniques et stimulants n'ont été continués que jusqu'au 9.

J'ai rapporté succinctement cette observation, puisqu'elle m'a paru intéressante sous le rapport de la marche et de la terminaison de la maladie. Les ecchymoses, l'œdème des parties génitales, l'ascite, sont des symptômes qu'on n'observe pas très-fréquemment dans l'affection typhoïde. Le désir continuel d'aliments pendant tout le cours de la maladie n'est pas non plus ordinaire. L'affection, quoique grave, s'est terminée heureusement ; est-ce par l'action des seules forces de la nature ? C'est possible ; car l'amélioration n'a commencé qu'au bout de plus de trois semaines de maladie, mais sans aucun mouvement critique apparent. Il est cependant probable que le traitement a contribué à ce résultat. Je ferai remarquer que la décoction de polygala n'a été commencée que lorsque le poumon paraissait vouloir s'engouer et que l'œdème s'est développé; que ce médicament n'a pas empêché la maladie de faire des progrès et les ecchymoses de se manifester; qu'après l'addition de la décoction de quinquina tous les symptômes ont encore augmenté pendant quatre jours, à l'exception du pouls, qui s'est relanti; qu'enfin l'amélioration s'est prononcée un à deux jours après que les stimulants diffusibles eurent commencé à être employés.

On ne peut rien conclure de cette seule observation; mais jointe à plusieurs autres que j'ai recueillies et à celles publiées par M. Tott (*Siebold's Journal, etc.*, 1831, t. X, p. 561, et 1833, t. XIII, p. 304), elle prouve que chez les enfants comme chez les adultes, il y a des cas d'affection typhoïde de cette maladie où les stimulants non-seulement ne nuisent point, mais sont d'une utilité réelle, ce qu'on a trop souvent méconnu.

Scarlatine.

Depuis l'automne 1838 jusqu'au printemps 1840, la scarlatine n'a pas cessé de régner à Strasbourg. Cette épidémie a présenté un caractère assez grave, pas autant à cause du nombre des enfants affectés, qu'en raison de l'intensité du mal chez beaucoup d'entre eux. Les listes de mortalité dressées par les médecins communaux constataient tous les mois les ravages faits par la scarlatine, et les maladies consécutives à cet exanthème, l'hydropisie et les parotides, ont peut-être enlevé un plus grand nombre d'enfants encore. C'est du moins ce qu'on pourrait déduire de ce qui est arrivé à notre clinique. Sur cinq enfants affectés de scarlatine, un seul est mort, tandis que sur les huit affectés d'hydropisie et de parotides consécutives à la scarlatine, un seul a été sauvé. Il est vrai que dans la pratique civile les résultats sont plus favorables, car souvent on ne nous apporte les malades à l'hôpital que parce que l'affection s'est de plus en plus aggravée et menace de se terminer par la mort.

Les cinq scarlatineux ont présenté presque toutes les variétés de la maladie. L'un d'eux n'a eu ni angine ni autre affection des muqueuses, mais une parotide s'est développée pendant la convalescence. Dans deux cas, il y a eu scarlatine miliaire, c'est-à-dire, que la peau, rougie par la scarlatine, a été couverte en outre de petites vésicules transparentes, de la grosseur de grains de millet. Un de nos malades avait la rougeur scarlatineuse sur une partie du corps, et de petites taches roséoleuses sur d'autres parties. Enfin, chez un enfant, ces dernières taches existaient seules, mais accompagnées des autres signes de la scarlatine, ce qui pour moi constitue une variété de celle-ci que j'ai appelée *scarlatine rubéoleuse* et que les Allemands décrivent sous le nom de *Rœtheln*, *rubeolæ*. Je rappellerai ici brièvement ce que j'ai dit de cette maladie dans un article inséré dans l'*Æsculape* (janvier 1840, n° 4).

La *scarlatine rubéoleuse* est caractérisée par une éruption de taches rosées, larges de deux à dix millimètres, irrégulières, séparées par des inter-

valles de couleur naturelle. Ces taches se manifestent surtout au tronc et aux membres, mais moins abondamment à la face. Elles sont plus larges et plus pâles que celles de la rougeole, n'en ont pas la forme, et d'ordinaire ne sont pas proéminentes au-dessus du niveau de la peau; dans quelques épidémies cependant, on a vu ces taches recouvertes chacune d'une ou de plusieurs vésicules, non cristallines et plus petites que les sudamina. Les taches persistent pendant trois à cinq jours et sont suivies d'une desquammation en partie furfuracée, en partie lamelleuse; l'épiderme s'enlève par lambeaux assez larges, surtout aux mains. L'éruption est précédée pendant quelques heures ou un à deux jours, d'une fièvre ordinairement légère, quelquefois cependant très-vive, et qui subsiste durant les premiers jours de l'éruption. En outre la maladie est accompagnée d'une angine peu intense, assez légère quelquefois pour que les enfants ne s'en plaignent pas; lorsqu'on examine l'arrière-bouche on y trouve de la rougeur et souvent une légère tuméfaction des amygdales. La langue est blanchâtre, pointillée de rouge.

La maladie suit en général une marche bénigne, et les enfants sont quelquefois difficilement retenus dans leur lit. Mais fréquemment il se développe pendant la convalescence, ou même durant la maladie, une anasarque et surtout des parotides qui peuvent devenir très-graves.

L'affection que je viens de décrire est confondue avec la roséole par les dermatologistes français, tandis que les Allemands la décrivent sous le nom de *rœtheln*, *ruboelœ* (termes qu'il faut se garder de traduire par *rougeole*, que les Allemands nomment *Masern*, *morbilli*). Ces derniers auteurs sont cependant loin d'être d'accord sur la nature de cet exanthème. Wichmann le considère comme une variété de la rougeole; Marcus, Hufeland, Horn, Jahn prétendent que c'est une espèce de scarlatine; Hildenbrand soutient que la rubéole est le produit de la scarlatine et de la rougeole réunies; pour Kreysig et Wagner enfin elle est une maladie exanthématique spéciale.

Ce qui me fait avancer l'opinion énoncée plus haut que cet exanthème n'est qu'une variété de la scarlatine que j'ai nommée *scarlatine rubéoleuse*, c'est que les deux maladies règnent en même temps; que la variété existe quelquefois sur une région du corps en même temps que d'autres parties sont affectées de scarlatine pure; qu'elle s'accompagne d'angine, est suivie de parotides et d'hydropisie aiguë, et enfin paraît pouvoir se transmettre d'un individu à un autre et produire chez les uns cette même éruption, chez d'autres, au contraire, la scarlatine ordinaire ou normale. Ces conclusions sont en partie basées sur les faits suivants recueillis à la clinique.

Adèle Aliot, âgée de trois ans, entra à l'hôpital le 10 juillet 1839. Elle était affectée de scarlatine rubéoleuse: taches rouges, pâles, de deux à six millimètres de diamètre, non élevées au-dessus du niveau de la peau, moins nombreuses à la face qu'à la poitrine, au ventre et aux extrémités. Cette éruption n'était accompagnée ni de toux, ni de coryza; une ophthalmie existait depuis bien des mois; depuis quelques jours une angine tonsillaire s'était déclarée. L'éruption dura trois jours et fut remplacée par une desquammation furfuracée dans certaines régions, lamelleuse dans d'autres; aux mains l'épiderme se détacha par lambeaux considérables. Pendant que la desquammation se faisait, la parotide gauche se tuméfia; l'enfant sortit de l'hôpital avant la résolution de cette tumeur.

Marie Salomé Hutty, âgée de deux ans et demi, qui se trouvait dans la salle depuis trois semaines pour une ophthalmie scrofuleuse, lorsque la précédente malade y arriva et fut couchée après d'elle, fut affectée trois jours après d'une angine tonsillaire et d'une éruption qui, au tronc, était tout à fait pareille à celle d'Adèle Aliot, mais présentait aux extrémités les larges plaques de la vraie scarlatine. L'éruption disparut au bout de quatre jours et fut suivie de desquammation. Les amygdales se tuméfièrent considérablement et n'étaient pas encore revenues à leur état normal, lorsque les parents retirèrent l'enfant de l'hôpital.

Dans ce cas la maladie paraissait composée de deux éruptions, si l'on ne considère pas celle du tronc comme appartenant également à la scarlatine. Il est très-probable que la maladie s'est transmise du premier enfant au second, car celui-ci n'était pas sorti de la salle depuis trois semaines, et n'a eu l'éruption que trois jours après qu'on eut couché Adèle Aliot dans le lit voisin du sien.

Trois jours après l'invasion de la maladie chez Salomé Hutty, et six jours après l'entrée dans la salle d'Adèle Aliot, Edouard Haslinger, âgé de sept ans, qui était entré à l'hôpital pour une bronchite chronique, et qui jouait souvent près des lits des deux précédents malades, fut affecté de fièvre intense avec angine et éruption de scarlatine normale, qui fut suivie d'anasarque, laquelle se dissipa au bout de quelques semaines. Ne doit-on pas admettre qu'encore ici l'exanthème avait été communiqué à Edouard par les deux autres malades qui se trouvaient dans la salle?

Le fait suivant parle également en faveur de l'identité des deux maladies. Le 29 juin 1839 je fus appelé en consultation auprès d'un garçon de six ans, affecté de convulsions, et dont la peau était couverte depuis vingt-quatre heures d'une éruption scarlatineuse normale. La sœur du malade, âgée de cinq ans, avait depuis trois jours une légère angine et une éruption qui présentait tous les caractères de la scarlatine rubéoleuse; depuis la veille une tumeur parotidienne considérable s'était développée et s'accompagnait d'une somnolence continuelle. Le garçon n'était pas sorti de la maison depuis quelques jours, lorsque deux jours après que l'éruption se fut déclarée chez sa sœur, il se plaignit d'angine, et l'on vit apparaître l'éruption scarlatineuse normale. Il est certes plus que vraisemblable que cette dernière lui avait été communiquée par sa sœur, affectée de scarlatine rubéoleuse, ou qu'un autre malade les a infectés tous les deux en produisant chez eux deux variétés de la même maladie.

A ces observations je pourrais en ajouter beaucoup d'autres tirées de ma pratique; j'ai souvent vu la maladie, et jusqu'à présent je ne l'ai jamais observée sur un enfant ayant déjà eu la scarlatine,

tandis que plusieurs avaient été précédemment affectés de rougeole.

Si je me suis arrêté trop longtemps peut-être pour prouver l'identité de la scarlatine et de l'éruption rubéoleuse, c'est que la question est plus importante qu'elle ne le paraît au premier abord. Car sans parler de l'effet fâcheux produit sur le public par la dissidence des médecins relativement à la nature d'une maladie qui se trahit par des signes extérieurs, n'est-il pas essentiel d'être plus réservé dans le pronostic à porter sur la scarlatine rubéoleuse que sur la roséole, puisque dans la première on voit survenir des maladies consécutives quelquefois très-graves? La crainte de ces mêmes accidents secondaires (les parotides et l'anasarque) doit nous empêcher d'exposer les malades à un air froid pendant les premières semaines de la convalescence, précaution inutile après la roséole.

Quant au traitement, il sera le même que dans la scarlatine normale : expectant dans les cas où la maladie suivra sa marche ordinaire; plus ou moins actif lorsque la prédominance de quelque symptôme ou le développement d'une complication l'exigeront.

Dans les cinq cas de scarlatine que nous avons eu à traiter, deux fois nous sommes restés dans l'expectation; deux fois la violence de l'angine et de la fièvre m'ont fait recourir aux sangsues, aux potions nitrées et aux lotions avec l'oxycrat; dans le cinquième cas j'ai employé le calomel à l'intérieur, les sangsues, les cataplasmes, le vésicatoire, mais sans succès, ce qui n'étonnera pas quand on saura qu'outre la scarlatine il existait chez cet enfant, à la région pariétale, un ulcère qui avait perforé le crâne, les méninges, et entamé la surface du cerveau, lequel était ramolli au pourtour de l'ulcération. Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement sur les causes et le développement de cet ulcère perforant qui paraissait très-ancien.

De nos cinq malades aucun n'a présenté cette forme si pernicieuse de la scarlatine, qui se complique dès les premiers jours de délire violent, et termine souvent par la mort avant la fin du premier septenaire. Ces cas n'ont cependant pas été rares à Strasbourg, surtout durant l'hiver 1839 à 1840. J'en ai observé un entre autres, dans lequel j'ai employé avec succès une médication encore peu connue en France, ce qui m'engage à en dire quelques mots ici. Rapportons d'abord l'observation.

Scarlatine typhoïde, traitée par le carbonate d'ammoniaque; guérison.

Le 1er janvier 1840, pendant que j'étais chargé par intérim du service de la clinique interne, entra à la salle 25 la nommée Haffner, Catherine, âgée de vingt-trois ans, servante, affectée depuis deux jours de frissons et de chaleur, de céphalalgie, prostration des forces musculaires, angine, nausées, diarrhée, douleurs de ventre.

Le soir une éruption scarlatineuse d'une teinte framboisée couvrait le cou, la poitrine, les mains et les avant-bras, les jambes et les genoux. Peau brûlante, pouls 156, gorge rouge, amygdales couvertes de mucus blanchâtre; intelligence nette. (Solution gommeuse; lavement émollient).

Le 2. Aux symptômes précédents se sont joints un gonflement des glandes au cou, de l'agitation et des anxiétés; l'intelligence continue à être nette. (15 sangsues au cou, cataplasmes émollients après leur chute, lotions de tout le corps avec oxycrat froid de deux en deux heures, lavement émollient.)

Le 3. Les symptômes sont encore les mêmes; la diarrhée persiste et le ventre est toujours douloureux. A la face la desquammation commence. (Cataplasme sur le ventre et au cou. Potion gommeuse.)

Le 4. La desquammation s'étend au cou et à la poitrine; la gorge est plus libre; l'enduit blanc de la langue est remplacé par une rougeur foncée. Ventre sensible; diarrhée; pouls à 108, petit; par moments un peu de délire. (Mêmes prescriptions.)

Le 5. Délire très-violent cette nuit; faciès typhoïde, carphologie. L'éruption a beaucoup pâli; pouls à 100. (Vésicatoire à la nuque; sinapismes aux jambes; à l'intérieur : carbonate d'ammoniaque, 4 grammes dans 120 grammes d'eau, avec 30 grammes de sirop, à prendre par cuillerée à bouche dans les vingt-quatre heures.)

Le 6. Agitation, cris, délire tellement violent qu'on est obligé de mettre la camisole de force. Selles involontaires; gargouillements abdominaux; point de météorisme. L'épiderme se détache par plaques assez larges sur les avant-bras; plusieurs bulles remplies de sérosité verdâtre se sont développées sur les membres thoraciques. Peau chaude, pouls à 120. (On continue le carbonate d'ammoniaque; lavement émollient.)

Le 7. Nuit moins agitée; une heure de sommeil; la malade paraît comprendre les questions, mais n'y répond pas. Carphologie. La peau est plus rouge que hier; les bulles sont affaissées. Urines involontaires; une selle naturelle. Pouls à 96. (Même potion.)

Le 8. Intelligence nette; tendance au sommeil; point de selle involontaire. Pouls à 100. (Même potion.)

Le 9. Point de trouble dans les idées; moins d'assoupissement; une selle volontaire; point d'angine; desquammation par lambeaux; pouls à 95. (Potion avec 2 grammes ds carbonate d'ammoniaque.)

Le 10. Convalescence. Pouls à 68. Appétit. (Point de médicaments.)

Le carbonate d'ammoniaque, après avoir été recommandé dans la scarlatine par Peart en 1802, était tombé dans l'oubli, lorsqu'en 1833 le docteur Strahl, de Philadelphie, rappela sur ce médicament l'attention des médecins, en affirmant que dans des épidémies très-meurtrières de scarlatine, tous les malades auxquels il avait administré le carbonate d'ammoniaque avaient été sauvés.

Quoiqu'il soit difficile de ne pas voir de l'exagération dans une assertion aussi absolue, on n'en a pas moins pensé qu'il devait y avoir quelque chose de vrai dans les propriétés de ce médicament, et plusieurs médecins l'ont expérimenté avec succès. Je ne citerai que le professeur d'Ammon, qui, dans une épidémie de scarlatine maligne qui régnait à Dresde, a obtenu d'heureux résultats de l'emploi du carbonate d'ammoniaque, surtout dans les cas de

narcotisme dyscrasique, lorsque l'éruption avait de la peine à se faire et qu'il se manifestait des symptômes de décomposition du sang.

Dans le cas rapporté plus haut, j'ai été déterminé à administrer le carbonate d'ammoniaque, par la prostration des forces, jointe à la petitesse du pouls, au développement subit du delire, sans céphalalgie antécédente à la carphologie, au faciès typhoïde. Tous ces symptômes me paraissaient dépendre plutôt de l'action du virus scarlatineux sur le système nerveux, ou d'un empoisonnement miasmatique que d'une inflammation cérébrale. J'ajouterai que la maladie me paraissait des plus graves, presque inévitablement mortelle, et qu'elle a paru telle à tous les médecins et élèves qui l'ont vue; j'insiste sur ce point, parce qu'en rapportant une observation, on ne parvient pas toujours à communiquer au lecteur l'impression que le malade a faite sur ceux qui l'ont examiné.

Ce qui dans notre cas a beaucoup frappé ceux qui ont suivi la malade, c'est la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue. Le 5, à midi, on commence l'usage du carbonate d'ammoniaque; dans la nuit du 6 au 7, l'amélioration se déclare, et le 10 la malade est convalescente. Je ne voudrais pas conclure de ce seul fait à l'efficacité du carbonate d'ammoniaque; mais notre observation a de la valeur, parce que le médicament a été administré seul et que l'amélioration ne s'est pas fait attendre. J'ai eu recours au même remède, conjointement avec des confrères, dans deux autres cas de scarlatine; malheureusement je ne possède pas les observations, qui d'ailleurs sont moins concluantes : on employait en même temps les évacuations sanguines, les applications de glace sur la tête, les revulsifs; l'un des malades s'est rétabli, l'autre a succombé.

Sans vouloir déjà maintenant formuler une opinion absolue sur l'utilité du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine, je suis convaincu cependant qu'il pourra rendre des services; l'essentiel sera de distinguer les cas dans lesquels les symptômes graves dépendent d'une inflammation viscérale concomitante, de ceux où le danger provient de l'intensité de l'affection scarlatineuse elle-même. C'est dans ces derniers que le carbonate d'ammoniaque paraît agir favorablement.

Les maladies consécutives à la scarlatine, l'anasarque et les parotides, ont été fréquentes en ville et à l'hôpital. Dans certaines épidémies ces accidents secondaires s'observent plus souvent que dans d'autres, ce qui prouverait qu'ils ne dépendent pas toujours du refroidissement. Un de nos scarlatineux a été pris d'anasarque sans être sorti de son lit. Il n'en est pas moins vrai que le refroidissement est la cause ordinaire des affections consécutives; la peau doit nécessairement être très-impressionnable après une desquammation aussi complète qu'elle l'est dans la scarlatine. Les faits recueillis à la clinique le prouvent : deux des enfants affectés d'hydropisie étaient sortis dix et quinze jours après l'éruption de la scarlatine; un autre a eu l'anasarque sans cause connue, mais il était de nouveau convalescente lorsqu'il sortit sans permission, et aussitôt l'hydropisie reparut. Un scarlatineux se borna à appliquer sa face aux vitres froides de la fenêtre pour voir ce qui se passait dehors; le lendemain il avait un œdème considérable de la face qui ne s'étendit pas au reste du corps.

L'hydropisie scarlatineuse est toujours active au commencement; elle se développe rapidement, s'accompagne de chaleur à la peau, de fréquence du pouls, et se complique souvent de maladies inflammatoires; c'est ce qui ressort des huit cas observés à la clinique, ainsi que d'un certain nombre d'autres que j'ai eu l'occasion de voir dans la pratique civile.

De nos huit malades deux n'avaient qu'une anasarque; chez quatre il existait en même temps une ascite, et dans deux cas l'hydrothorax s'était jointe à l'anasarque.

De ces huit malades six ont succombé, qui, à l'exception d'un seul, ont tous présenté des inflammations d'un ou de plusieurs organes; chez trois il y a eu pneumonie survenue chez l'un pendant la convalescence, accompagnée chez le second d'hypertrophie du cœur et de congestion du foie, et chez le dernier d'infiltration séreuse des méninges. Le quatrième de ceux qui ont succombé était arrivé au dernier degré du rachitisme et avait une inflammation de l'estomac sans ramollissement. Le cinquième a été enlevé par une phthisie aiguë qui s'est déclarée en même temps que l'hydropisie diminuait. Ce cas a présenté des particularités remarquables. L'enfant n'avait jamais toussé, mais la scarlatine s'accompagna dès le début d'une toux violente, qui diminua pendant la desquammation et le développement de l'hydropisie, mais exista encore lorsque l'enfant entra à l'hôpital. Pendant les dix premiers jours qu'il passa à la clinique, son état s'améliora progressivement et nous espérions le voir entrer en convalescence, lorsque tout à coup une fièvre vive s'alluma, accompagnée de douleurs abdominales, d'une diarrhée abondante, de prostration des forces, et d'amaigrissement rapide, qui entraînèrent la mort au bout de quinze jours. Pendant tout ce temps la poitrine du malade fut soigneusement explorée tous les jours; nous ne découvrîmes jamais aucun bruit anormal, ni d'autre matité que celle produite à la partie la plus déclive de la cavité thoracique par un léger épanchement séreux. Aussi les symptômes furent-ils rapportés à une inflammation intestinale et le malade traité par les applications réitérées de sangsues, les cataplasmes et les lavements émollients. La présence de l'albumine dans les urines, pendant tout le cours de la maladie, nous fit supposer quelque altération des reins. A l'ouverture du cadavre nous trouvâmes des tubercules miliaires disséminés dans les poumons, le foie, la rate; tous ces viscères présentaient l'aspect d'un granit rouge pointillé de blanc; quelques tubercules miliaires se trouvaient entre les tuniques de l'intestin; les plaques de Peyer étaient réticulées et les follicules isolés tuméfiés; de l'injection peu intense existait en différents points du canal intestinal. Les reins contenaient quelques tubercules miliaires, mais leur parenchyme n'était pas altéré du reste.

Ce qui a rendu ce cas très-intéressant, c'est ce développement si rapide de la phthisie, jointe à l'absence complète de signes propres à faire reconnaître l'affection du poumon. Il est de plus digne

de remarque que les urines ont été albumineuses pendant toute la maladie, et qu'après la mort le rein a présenté quelques tubercules; cependant son parenchyme ne présentait aucune des altérations décrites comme propres à l'albuminurie.

Chez deux autres de nos enfants affectés d'anasarque, l'état de l'urine a été noté pendant tout le cours de l'affection : chez l'un elles étaient albumineuses, chez l'autre on n'a pas trouvé de traces d'albumine; les deux ont guéri. Je trouve également parmi les observations de scarlatine sans anasarque trois cas où j'ai noté l'état des urines; elles n'ont jamais été albumineuses. J'ajouterai à ces faits l'observation d'un garçon de neuf ans, entré le 17 octobre 1839, affecté depuis huit jours d'anasarque et d'ascite, accompagnées de douleurs abdominales, soif, diarrhée, fièvre; urines albumineuses. Des applications de sangsues, de ventouses scarifiées, de cataplasmes, des lavements émollients, et à la fin de petites doses de calomel, dissipèrent tous ces symptômes, mais les urines restèrent albumineuses. L'enfant portait des ulcères scrofuleux au cou, pour lesquels il resta encore à l'hôpital pendant sept mois après la disparition de l'hydropisie; enfin il sortit guéri le 6 juillet 1840, conservant cependant toujours les urines albumineuses. Il est resté bien portant depuis cette époque. — Je n'ai cité ce petit nombre de recherches sur l'état des urines de mes malades, que parce que la valeur séméiologique de l'albuminurie me paraît encore bien loin d'être rigoureusement déterminée.

L'épanchement se fait quelquefois dans les cavités avec une rapidité extrême; c'est ce que nous avons observé sur un garçon de six ans, entré à la clinique le 27 juillet 1839, ne présentant d'autre symptôme qu'une anasarque légère accompagnée d'un peu de fréquence du pouls. Dans la journée du lendemain cet enfant parvint à se lever sans être observé et à sortir de la salle sans bas, traverser un corridor dallé, pour aller aux latrines. En rentrant il se mit au lit, se plaignant d'oppression; quelques instants après il fut pris de symptômes de suffocation (orthopnée, face bleue, bouffie), qui se terminèrent par la mort au bout d'une demi-heure. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes un épanchement très-considérable de sérosité limpide dans les cavités des plèvres et du péricarde. Tous les viscères thoraciques, ainsi que le cerveau, le foie, la rate, les reins, étaient à l'état normal. L'estomac et les intestins présentaient de nombreuses arborisations, sans ramollissement de la muqueuse; les plaques de Peyer étaient tuméfiées. Cette affection du tube intestinal n'avait cependant pu ni occasionner la mort, ni surtout donner lieu aux symptômes qui se sont déclarés si subitement, et qui me paraissent évidemment dus à l'épanchement dans le péricarde et les plèvres, qui a suivi de près l'impression brusque du froid sur les pieds.

J'ai déjà dit plus haut que l'hydropisie par suite de scarlatine était *active;* ce ne sont pas seulement les symptômes et les complications de cette affection secondaire qui le prouvent, le traitement qui lui convient le mieux le démontre également. La médication antiphlogistique est celle qui présente le plus de succès au début de la maladie. Les deux malades chez lesquels l'hydropisie était exempte de complications, et qui ont guéri, ont été traités par les évacuations sanguines et les potions nitrées. Ce n'est que plus tard, lorsque la période d'acuité est passée, que la fièvre s'est dissipée, qu'on devrait avoir recours aux diurétiques irritants et à d'autres stimulants.

Une circonstance remarquable dans l'histoire de la scarlatine et de ses maladies consécutives, c'est la fréquence de l'altération des plaques de Peyer. Dans les huit autopsies que nous avons faites, quatre fois seulement ces organes ont été trouvés à l'état normal. L'altération qu'on y observa dans les quatre autres cas consistait surtout dans la tuméfaction de ces plaques; en outre, il y existait de nombreuses ulcérations superficielles dans un cas, et dans un autre toutes les plaques présentaient ce pointillé noir qui les fait ressembler à une barbe fraîchement coupée. Je n'ai jamais observé à la suite de la scarlatine l'altération dothinentérique qu'on a appelée *plaques dures*, et qui se rencontre si fréquemment dans l'affection typhoïde. Il est vrai de dire que ces plaques dures sont également beaucoup plus rares dans les fièvres typhoïdes des enfants que chez les adultes.

Sur deux de nos malades qui ont succombé, l'un à une scarlatine compliquée de ramollissement du cerveau, et l'autre à l'hydropisie, nous avons observé la veille et l'avant-veille de leur mort une altération particulière des cornées, que je ne fais que mentionner ici, mais sur laquelle je reviendrai quand je parlerai de l'hydrocéphale aiguë.

Laryngite aiguë.

Durant les trois années dont je fais le relevé, aucun cas de croup n'est entré à la clinique, ce qui tient à la rapidité avec laquelle cette maladie se termine, soit en bien, soit en mal. Mais nous avons vu se développer, chez un garçon de dix ans, qui était dans la salle pour un lupus à la joue, une laryngite aiguë intéressante à cause de l'analogie qu'elle présentait avec le croup. Le 16 novembre 1837 cet enfant se plaint de mal de gorge, ses amygdales sont légèrement tuméfiées, mais peu rouges; il a une toux sèche accompagnée d'enrouement, de coryza, de larmoiement et d'injection de de la conjonctive gauche; ni céphalalgie, ni fièvre. Dans la soirée l'enrouement se transforme en aphonie. Le lendemain matin cette aphonie persiste; le malade se plaint de douleur au larynx et de difficulté d'avaler; les amygdales sont toujours tuméfiées et rouges, mais il n'y a point d'exsudation couenneuse. La respiration est très-gênée; la toux porte le caractère croupal très-prononcé, l'inspiration est fortement sibilante. Il y a de la fièvre. Je fis appliquer six sangsues aux côtés du larynx et prendre un vomitif qui provoqua quelques vomissements glaireux, sans fausses membranes. Le lendemain la difficulté de respirer était presque dissipée, et la fièvre nulle; la voix resta enrouée et la toux rauque pendant quelques jours encore.

Ce qui établit une différence entre cette maladie et le croup, ce ne sont pas les symptômes, car ils sont les mêmes, mais la marche de l'affection. Effectivement nous voyons une inflammation se dé-

velopper dans l'arrière-bouche, s'étendre ensuite au larynx et produire les symptômes du group par suite de la tuméfaction de la muqueuse laryngienne. Si des fausses membranes avaient dû se former dans le larynx, elles se seraient d'abord manifestées sur les amygdales et le pharynx, qui étaient primitivement enflammés, ce qui a eu lieu dans quelques épidémies de group décrites par M. Bretonneau et d'autres auteurs. Dans les cas sporadiques de croup qu'on observe à Strasbourg, la maladie se déclare d'ordinaire subitement et sans être précédée ni accompagnée d'angine couenneuse.

Le traitement que nous avons employé dans la laryngite est à peu près le même que celui du group. Les symptômes franchement inflammatoires nous ont fait commencer par une application de sangsues, ce que nous ne faisons pas toujours dans le group. Le vomitif a été administré, parce que l'expérience nous a prouvé qu'au début des angines soit tonsillaires, soit faryngees, soit laryngées, c'est le meilleur remède pour hâter la résolution de l'inflammation ou même pour la juguler. Je n'ai du reste pas la prétention d'être le premier à soutenir cette opinion ; je ne fais pas confirmer ce que d'autres ont avancé.

Dans le group le vomitif est, suivant moi, le remède principal et essentiel; les évacuations sanguines, les mercuriaux, les révulsifs ne sont que des moyens secondaires. Mais ce n'est pas seulement à la fin de la maladie et dans le but d'expulser les fausses membranes qu'il faut faire vomir ; il vaut mieux empêcher la formation de ces pseudomembranes en jugulant l'inflammation qui les occasionne ; et c'est à quoi l'on parvient le plus souvent par l'usage énergique de vomitifs dès le début de l'affection. Je me sers toujours de sulfate de cuivre, qui, à la dose de 10 centigrammes, n'a jamais manqué de produire des vomissements chez mes malades. Après avoir fait vomir, je continue à faire prendre d'heure en heure 1 centigramme du même médicament, pendant vingt-quatre à trente six heures. Si dans cet intervalle la respiration s'embarrasse de nouveau, si la toux prend un caractère plus grave et que la voix s'éteint, je donne une nouvelle dose vomitive. Chez les enfants pléthoriques et chez ceux qui, après le vomissement, conservent de la douleur au larynx, j'ai recours aux applications de sangsues et aux frictions mercurielles; mais ces cas sont exceptionnels.

Ce traitement par le sulfate de cuivre m'a si bien réussi et dans des cas très-graves, que je n'ai pu m'empêcher de saisir cette occasion pour le recommander à l'appréciation de mes confrères.

Pneumonie.

Les vingt-quatre cas de pneumonie observés à notre clinique, prouvent que cette maladie n'est pas aussi rare dans l'enfance qu'on le croyait autrefois. Mais elle s'y présente avec des caractères particuliers, qui auraient dû engager les auteurs à en donner la description.

Une première particularité qui frappe tous ceux qui s'occupent de ce sujet. c'est que la pneumonie des enfants est bien plus fréquemment secondaire et compliquée d'autres maladies, que simple et primitive. Chez nos vingt-quatre malades la pneumonie a été primitive six fois seulement; elle s'est jointe au carreau six fois, à l'hydropsie aiguë, suite de scarlatine, trois fois, et dans les neuf autres cas elle a compliqué la rougeole, la scerlatine, un abcès parotidien, suite de scarlatine, l'hydropsie aiguë avec albuminurie, des syphilides, l'hypertrophie du cœur, des tubercules pulmonaires, une diarrhée chronique, l'hydrocéphale.

Les lésions anatomiques présentent également des particularités remarquables. On a prétendu que la pneumonie était le plus souvent lobulaire chez les enfants. Je crois qu'on a exagéré la fréquence de cette variété ; sur les dix-sept pneumoniques, dont j'ai fait l'autopsie, je n'ai trouvé qu'une fois la pneumonie lobulaire et disséminée. Dans tous les autres cas elle était lobaire ; six fois elle occupait les deux poumons, quoiqu'à un degré plus faible d'un côté que de l'autre. Ce qui distingue surtout le pneumonie des enfants, sous le rapport anatomique, c'est la rareté de l'hépatisation comparée à une altération qu'on a nommée *carnification.* Je n'ai vu qu'une fois l'hépatisation grise et quatre fois l'hépatisation rouge. Sur douze individus j'ai trouvé le poumon malade, de couleur lie de vin, induré, imperméable à l'air, ne se laissant pas traverser facilement par le doigt et ne présentant point les granulations de l'hépatisation ; la surface incisée étant au contraire lisse et le tout ayant l'aspect d'un morceau de chair musculaire dont on ne verrait pas les fibres. Cette canification a existé chez des enfants qui ont succombé le dixième jour de la maladie, et chez d'autres qui ne sont morts qu'au bout d'un mois.

S'il est en général facile de reconnaître une pneumonie chez un adulte, il n'en est pas toujours de même chez l'enfant. Deux symptômes importants, qui étant réunis, suffissent presque au diagnostic, manquent dans la pneumonie du premier âge de la vie : la douleur que ces malades ne peuvent indiquer, et l'expectoration qui n'existe pas chez eux. La toux est quelquefois peu intense, mais la respiration et la circulation sont toujours accélérées et la chaleur est augmentée. L'absence de quelques-uns des symptômes rend d'autant plus précieux les signes fournis par la percussion et l'auscultation. Cette dernière qui est quelquefois rendue difficile par l'agitation et les cris des malades, nous fait rarement entendre le râle crépitant ; ce râle n'a été perçu que chez un de nos enfants. Plus souvent c'est un râle muqueux fin ou sous-crépitant, et encore ce bruit n'existe-t-il pas longtemps, car dans la majeure partie des cas on n'entend que la bronchophonie et la respiration bronchique. Il paraît que la pneumonie des enfants passe très-rapidement au second degré, ou, ce qui est plus probable, qu'elle reste souvent latente et méconnue pendant l'existence du premier degré. La percussion manque rarement d'indiquer le siége de la pneumonie ; ce n'est qu'à l'état lobulaire ou central que cette maladie pourrait échapper à ce mode d'exploration. La sonoreité plus grande de la poitrine chez l'enfant, fait, à la vérité, que dans certains cas de pneumonie la matité est moins forte chez des sujet de cet âge qu'elle ne le serait chez un adulte.

Mais en comparant le son fourni par les deux côtés du thorax et en faisant attention à la sensation éprouvée par le doigt qui percute, on parvient néanmoins à reconnaître l'imperméabilité du poumon.

La pneumonie des enfants suit tantôt une marche très-rapide, tantôt au contraire la maladie paraît plutôt subaiguë. Un de nos petits malades a succombé le quatrième jour de l'affection. Plusieurs autres ne sont morts qu'au bout de quatre à six semaines; il y en a même un qui n'a été enlevé qu'après trois mois de maladie.

Les enfants paraissent d'autant plus disposés à l'inflammation pulmonaire, qu'ils sont plus jeunes. Quoique dans nos salles les individus de un et de deux ans soient incomparablement plus rares que ceux qui ont dépassé cet âge, cependant les premiers ont fourni treize pneumoniques, tandis que de trois à six ans nous n'en avons eu que sept et quatre de huit et neuf ans. Nos cas sont trop peu nombreux pour démontrer l'influence des saisons sur le développement de la pneumonie, mais ils confirment ce que les recherches statistiques les plus récentes ont constaté, à savoir que cette maladie s'observe le plus souvent pendant les quatre premiers mois de l'année. Nos vingt-quatre cas se sont partagés par moitié entre les quatre premiers mois et les huit derniers.

La pneumonie est une effection bien plus grave durant la première enfance qu'après l'âge de sept ans. De nos vingt-quate malades dix-sept ont succombé. Cette mortalité effrayante s'explique en partie par l'état de complication dans lequel se trouvaient la plupart de ces pneumonies. Aussi arriverons-nous à des résultats plus satisfaisants et plus faciles à comparer avec ceux obtenus chez les adultes, si nous séparons les pneumonies simples des pneumonies compliquées. Nous trouverons deux décès sur six malades de la première catégorie et quinze décès sur les dix-huit malades de la seconde. Les trois cas de guérison de pneumonies compliquées concernent des enfants affectés de maladies aiguës (rougeole, scarlatine, hydropisie aiguë).

De tous les faits que j'ai observes, je crois pouvoir conclure que la pneumonie est presque constamment mortelle, lorsqu'elle survient pendant l'existence d'une maladie chronique qui a débilité la constitution d'un enfant.

Le traitement de la pneumonie des adultes est applicable à celle des enfants. J'ai souvent eu l'occasion d'observer combien était grande sous ce rapport la différence entre les enfants et les vieillards. Tous les praticiens savent qu'il est quelquefois dangereux de tirer beaucoup de sang à un pneumonique avancé en âge, et qu'on les guérit souvent beaucoup plus vite par le tartre stibié. Dans le premier âge de la vie, au contraire, les évacuations sanguines m'ont toujours paru très-utiles dans la pneumonie non compliquée. J'ai fait pratiquer des saignées générales à des enfants de cinq et de six ans, car j'ai cru en avoir observé des effets plus favorables que des saignées locales. Ces dernières ont trouvé leur place à la suite des évacuations sanguines générales ou chez les enfants en très-bas âge.

Le tartre stibié et l'oxyde blanc d'antimoine sont les seuls médicaments que nous ayons employés dans la pneumonie simple. Quoique je ne sois pas encore arrivé à des conclusions positives sur la valeur relative de ces deux substances, il me semble cependant que la première mérite la préférence : dans un de nos cas elle a enlevé rapidement une pneumonie qui avait résisté aux saignées et à l'oxyde blanc d'antimoine. J'ai toujours la précaution de faire prendre après chaque cuillerée de potion stibiée un gobelet de tisane ou une cuillerée de solution de gomme, afin de prévenir les ulcérations de la bouche et du pharinx qui se développent par le contact prolongé de la liqueur émétisée avec la muqueuse, et qui, par la douleur qu'elles occasionnent, peuvent augmenter la fièvre chez les enfants. Du reste, je crois le tartre stibié moins souvent nécessaire chez ceux-ci que chez l'adulte; car, dans un grand nombre de cas, la pneumonie des enfants cède facilement aux saignées.

Dans les pneumonies compliquées, le traitement a varié. Il serait trop long de rapporter ici en particulier le traitement de chaque cas individuel. Je me bornerai à dire que les exanthèmes (scarlatine et rougeole) ne m'ont jamais empêché de traiter la pneumonie intercurrente par les saignées et le tartre stibié, et que je n'ai pas vu cette médication provoquer la disparition subite ou la métastase de l'affection cutanée.

Rhumatisme du cœur.

Un garçon de dix ans entre à l'hôpital pour un rhumatisme musculaire des extrémités, accompagné d'une légère accélération du pouls. Je lui prescrits la poudre de Dower. Au bout de quelques jours les douleurs des membres disparaissent subitement et sont remplacées par de l'oppression de poitrine, des palpitations, une grande fréquence du pouls sans irrégularité. La percussion et l'auculatation pratiquées à différentes reprises ne font reconnaître rien d'anormal ni au cœur, ni aux aux poumons. Des sinapismes aux extrémités, un vesicatoire à la poitrine firent disparaître la dyspnée et les palpitations dans l'espace de quelques jours. La fréquence du pouls ne se dissipa que plus tard lorsqu'elle fut combattue par la digitale.

Aujourd'hui que la coïncidence des affections du cœur avec le rhumatisme a été si souvent observée, je me serais gardé d'ajouter un nouveau cas à ceux déjà publiés, s'il ne différait de ces derniers. Dans les cas ordinaires, c'est une péricardite ou une endocardite qui se déclarent et qu'on reconnaît assez facilement aux signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion. Chez mon malade ces symptômes ont manqué; il n'existait qu'un trouble fonctionnel, qu'on peut, avec d'autant plus de raison peut-être, rapporter à une irritation rhumatismale du cœur lui-même, que le rhumatisme était musculaire, et que par conséquent il se serait simplement transporté des muscles des membres à un muscle interne.

Hydrocéphale aiguë.

Les maladies les plus graves ont souvent chez les jeunes sujets une marche insidieuse, qui cache le

danger aux yeux des parents et les empêche de réclamer les secours du médecin alors qu'il en serait temps encore. C'est ce qui fait que beaucoup d'enfants n'arrivent à l'hôpital qu'à une période où tout espoir est perdu.

Les trois cas d'hydrocéphale aiguë qui sont entrés à notre clinique viennent à l'appui de ce que je viens de dire. Deux de ces malades étaient déjà dans la période d'exsudation; ils sont morts au bout de quatre et neuf jours, sans que leur coma eût cessé un instant. Chez tous les deux la mort a été précédée de convulsions. Le troisième enfant présentait encore les signes de la période d'irritation, mais il était malade depuis trois semaines. Son histoire étant intéressante sous plus d'un rapport, je la transcris ici :

Hydrocéphale et hydrorachis aiguës; ramollissement blanc du cerveau; méningite granuleuse.

Catherine Kuntz, âgée de huit ans, malade depuis trois à quatre semaines, entre à la clinique le 14 mars 1839, se plaignant surtout de douleurs vives qui occupent depuis quelques semaines la tête, le dos, les membres et l'abdomen. Les réponses sont nettes et promptes; il n'y a ni délire, ni coma. Langue blanchâtre, pointillée de rouge; soif, anorexie, selles régulières. Toux rare, sèche; poitrine sonore; aucun bruit anormal dans les poumons. Peau chaude; pouls fréquent, développé.

Le lendemain hémorrhagie nasale abondante.

Le 16. La douleur persiste à la tête, dans les membres, dans l'abdomen, à la poitrine; elle est surtout très-vive dans la région dorsale de la colonne épinière; cette douleur n'est pas exaspérée par la pression. La malade ne peut se tenir sur ses jambes, ni les fléchir elle-même sur le bassin, à cause de la douleur que ce mouvement excite dans les extrémités inférieures et qui est également vive lorsqu'une autre personne lui fléchit les membres. Pouls fréquent et développé. Face rouge. La peau est couverte à la face, aux bras, aux jambes, au dos, de plaques rouges très-étendues, sans tuméfaction de la peau; ces taches sont bien limitées et quelques-unes d'entre elles sont couvertes de quelques papules d'urticaire; la malade y ressent une chaleur intense. Urines peu copieuses, fortement colorées. Une selle normale.

Le 17. La douleur du dos a disparu et la flexion des cuisses a lieu sans douleur; la céphalalgie a diminué. Cette amélioration ne dure qu'un jour; le lendemain les douleurs sont revenues, la langue s'est séchée. L'éruption a disparu; point de taches typhoïdes. L'intelligence reste nette.

Le 19. Celle-ci se trouble; la malade a du délire, elle jette des cris violents; cependant ses réponses sont justes. Les douleurs du dos ont diminué, mais la céphalalgie persiste. Pupilles largement dilatées. Pouls fréquent, développé. Langue brunâtre, sèche. Point de selles. Urines involontaires.

Le 20. L'enfant est dans un état comateux; il a les yeux ouverts, fixes; ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; tire cependant la langue, quand on le lui dit, en élevant la voix. Pupilles dilatées, immobiles. Déglution difficile. Pouls fréquent, faible.

Mort sans convulsions à cinq heures du soir.

Pendant les cinq premiers jours le traitement a consisté dans des applications de sangsues au rachis; des fomentations froides sur la tête, des frictions mercurielles le long de la colonne épinière, du calomel à l'intérieur. J'ajoutai à cette médication un vésicatoire à la nuque lorsque les signes d'épanchement se furent manifestés.

Autopsie cadavérique, faite vingt-trois heures après la mort. Point de congestion sanguine dans les vaisseaux du cerveau ni des méninges. Granulations miliaires dans la pie-mère, surtout dans la partie de cette membrane qui recouvre le cervelet et dans celle qui s'enfonce entre les circonvolutions cérébrales supérieures. Les plus grosses de ces granulations avaient les dimensions d'une forte tête d'épingle; elles paraissaient résulter de l'agglomération de plusieurs petites; la matière qui les formait était molle et ressemblait plutôt à une substance organisée, par exemple, à un grain glanduleux, qu'à de la matière tuberculeuse. Dans les ventricules latéraux se trouvaient 70 à 80 grammes de sérosité rougeâtre, sans trace de flocons ni de pseudo-membranes. Ramollissement blanc, diffluent, de la voûte à trois piliers et du septum transparent; les couches optiques et les corps striés paraissent aussi moins denses que d'ordinaire; le reste du cerveau a sa consistance normale. Dans le canal rachidien il y a 40 à 50 grammes d'une sérosité moins rouge que celle du cerveau; les méninges rachidiennes sont normales, et la moelle présente sa consistance ordinaire et n'est injectée que dans une certaine étendue de la queue de cheval, où l'on remarque quelques petits vaisseaux variqueux. Tubercules miliaires dans le lobe supérieur des deux poumons. Cœur chargé de graisse. Foie, rate, reins, estomac à l'état normal. Un follicule ulcéré dans le jéjunum et un dans le cœcum. Quelques plaques saillantes et faiblement injectées dans l'iléon.

Les symptômes dans ce cas dénotaient au commencement plutôt une myélite qu'une hydrocéphale aiguë. Les fonctions de l'intelligence sont restées nettes jusqu'à la veille de la mort, et l'on ne remarquait pas même cette somnolence si habituelle chez les enfants affectés d'hydrocéphale. Ce n'est que la veille de la mort que les symptômes de cette dernière maladie se sont manifestés, et cependant l'autopsie est venue montrer que les altérations principales siégeaient dans l'encéphale. Les lésions étaient caractéristiques de l'hydrocéphale aiguë; ce sont celles qu'on rencontre presque constamment dans cette affection : l'épanchement de sérosité, le ramollissement blanc des parties centrales du cerveau, les granulations de la pie-mère. L'autopsie d'un des deux autres enfants qui ont succombé à la même maladie nous a fourni exactement les mêmes résultats. Malheureusement le cadavre du troisième malade a été enlevé par erreur de l'amphithéâtre avant que l'ouverture n'en eût été faite. J'en suis d'autant plus fâché que l'occasion d'examiner des individus morts de cette maladie n'est pas très-fréquente à l'hôpital, et qu'en ville ces autopsies ne se font pas aussi facilement.

Des recherches ultérieures sur l'hydrocéphale ai-

guë deviennent surtout plus nécessaires aujourd'hui, que MM. Constant, Rufz, Gerhard, Green, etc., en faisant connaître l'altération spéciale décrite par eux sous les noms de *granulations ou tubercules de la pie-mère*, *méningite tuberculeuse*, ont ouvert un nouveau champ d'investigation. Il reste à déterminer si pendant la vie on peut distinguer les cas dans lesquels existe cette altération de la pie-mère, de ceux où elle ne se trouve pas ; si elle ne se rencontre pas aussi dans d'autres maladies ; si ces granulations sont de nature tuberculeuse ; dans quel rapport elles se trouvent avec les deux autres altérations principales de l'ydrocéphale : l'épanchement et le ramollissement.

Je me borne à soulever ces questions, sans pouvoir les résoudre par le petit nombre de faits complets que j'ai pu recueillir depuis la publication des intéressantes recherches faites par les élèves de l'hôpital des enfants malades de Paris.

Des trois hydrocéphales traités à la clinique, deux ont présenté, la veille de la mort, une altération particulière de la cornée que j'ai déjà observée sur quatre autres malades. Cette altération consiste dans une taie jaunâtre, semilunaire, occupant le bord inférieur de la cornée, sans injection oculaire. Si la maladie se prolonge, la taie s'étend jusque vers le centre de la cornee et passe à l'état d'ulcération ; on voit alors les lamelles de la cornée séparées les unes des autres par une infiltration purulente, et renversées en dehors, ce qui présente un caractère tout différent de celui qu'offrent toutes les autres ulcérations de la cornée.

Des six malades sur lesquels j'ai observé cette lésion de la cornée, trois étaient affectés d'hydrocéphale aiguë ; le quatrième portait à la tête un ulcère qui avait perforé le crâne et les méninges et entamé l'hémisphère du cerveau, dont la substance était ramollie autour de l'ulcération superficielle ; cet enfant fut enlevé en quelques jours par la scarlatine. Le cinquième enfant succomba à une pneumonie qui survint pendant l'existence d'une hydropisie aiguë ; à l'autopsie je trouvai, outre les signes de la pneumonie, une infiltration séreuse dans la pie-mère. Enfin le sixième malade était un adulte qui avait été traité d'une pneumonie par des saignees copieuses et qui se trouvait dans un grand état de prostration quand je le vis d'abord. C'est le seul des six qui eut la vie sauve.

Chez quatre de ces malades l'altération de la cornée se manifesta la veille ou l'avant-veille de la mort, et se maintint à l'état de taie ; chez le cinquième, qui resta pendant quelques jours dans un état comateux, voisin de l'agonie, les cornées s'affectèrent plutôt et finirent par s'ulcérer. L'ulcération se fit aussi chez le pneumonique qui guérit.

J'ai remarqué que dans trois cas les yeux étaient restés entr'ouverts, et que c'est la partie des cornées non couverte qui s'était troublée. Dans les trois autres observations on n'a pas fait attention à cette circonstance qui mérite d'être mentionnee, car elle pourrait contribuer au développement de l'altération cornéenne, celle-ci existant toujours aux deux yeux et au bord inférieur de la cornée, qui n'est pas recouvert lorsque les paupières sont imparfaitement closes. Je ne crois pas cependant que cette exposition prolongée de la cornée à l'air puisse être la cause unique de l'altération dont il est question, car elle n'aurait certes pas le même effet sur un individu bien portant. Je suis plus disposé à croire que la cornée se trouble et s'ulcère dans ce cas comme chez les chiens que M. Magendie nourrissait de sucre ; c'est-à-dire par suite de la débilité générale. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est l'état de prostration dans lequel se trouvaient mes malades et le résultat du traitement que j'employai chez le pneumonique. Quand je vis ce dernier pour la première fois, la pneumonie était dissipée ; je prescrivis quelques doses de quinine à l'intérieur, l'instillation de laudanum dans l'œil, et une alimentation tonique. L'amélioration fut immédiate ; l'ulcère de la cornée diminua d'étendue et se cicatrisa dans l'espace de dix jours, mais le malade conserve à sa place une taie indélébile.

La suite au prochain n°.

(*Mém. du Cercle médico-chirur. de Bruxelles.*)

C. MONOGRAPHIES.

Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841.

(Suite.)

9) *Staphylôme de la sclérotique.* — On trouvera ci-dessous, à l'article *cataracte;* les détails anatomiques les plus curieux et les plus instructifs, sur un cas de staphylôme de la choroïde observé par M. Sichel.

10) *Cataracte.—a.) Nature et siége.*—Une lettre adressée par M. Malgaigne à l'Academie royale de médecine de Paris, a donné lieu à une polémique entre ce médecin, M. Sichel et M. Leroy d'Etiolles. M. Cunier a reproduit dans ses *Annales d'Oculistique* (novembre 1841) toutes les pièces du procès, dans lequel il est intervenu en mettant au concours la question suivante :

Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique le siége et la nature de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.

Un travail de M. Sichel, inséré dans l'*Esculape* (1841, nos 9, 10 et 11), sera du plus grand secours aux concurrents, qui trouveront encore d'importants éléments dans les *Klinische Darstellungen* de M. d'Ammon (vol. I.). Sous le titre de *Études sur l'anatomie pathologique de l'œil et surtout sur celle de la cataracte*, le professeur de Paris a publié l'observation que nous allons reproduire avec les réflexions dont elle est accompagnée. M. Sichel a placé les résumés et les conclusions en tête de son observation; nous n'intervertirons point cet ordre.

« 1° *La cataracte capsulaire*, beaucoup plus rare que la cataracte lenticulaire, ne peut cependant pas être mise en doute ; ses caractères sont bien dessinés, faciles à saisir, et tout à fait différents de ceux de la cataracte lenticulaire. C'est surtout l'épaississement et l'élévation de la capsule, son opacité par stries ou par plaques et les teintes plus ou moins tranchées qui la caractérisent.

« 2° *La cataracte capsulaire postérieure*, si elle existe (car il est permis d'en douter, dit M. Sichel), est infiniment plus rare que la cataracte capsulaire antérieure; on prend facilement et généralement pour elle la *cataracte corticale postérieure*, laquelle, comme la cataracte corticale, en général, se caractérise par des stries opaques, superficielles, sans élévation, d'ordinaire convergentes vers le centre et présentant parfois un certain éclat nacré. La dissection seule a fait reconnaître à M. Sichel l'erreur de diagnostic qu'il avait commise dans le cas qu'il rapporte ; il s'est mis en garde, depuis lors, contre ce genre d'erreur, qu'il n'a plus commise, « grâce à de nombreuses autopsies » (1).

« 3° La cataracte capsulaire doit son origine à un travail inflammatoire. Dans l'observation qui va être rapportée, il y avait sur l'œil affecté de cataracte capsulaire un staphylôme postérieur de la choroïde fort étendu, avec d'autres altérations dues à une phlegmasie intense des membranes internes, tandis que dans l'œil affecté de cataracte lenticulaire, ces altérations, consécutives à la phlogose, n'existaient qu'à un très-léger degré. M. Sichel a rencontré plusieurs cataractes capsulaires accompagnées de semblables lésions anatomiques survenues à la suite d'ophthalmies internes ; dans ses nombreuses dissections de cataractes lenticulaires, il n'a trouvé que très-exceptionnellement des signes de phlegmasie interne. »

De ces circonstances comparées entre elles, M. Sichel se croit en droit de conclure que la cataracte lenticulaire n'est que la suite du progrès de l'âge ou d'autres causes inconnues, tandis que la cataracte capsulaire est le résultat de la phlegmasie de la cristalloïde. Il est d'ailleurs facile de constater sur le vivant cette dernière partie de sa conclusion, la cataracte capsulaire se formant fréquemment sous les yeux de médecin pendant l'inflammation de la cristalloïde. Ce n'est qu'exceptionnellement que la phlegmasie, s'emparant des portions de la surface du cristallin, le rend opaque.

« 4° La teinte jaune d'ambre du noyau du cristallin, ordinaire vers l'âge de 40 ans, est indépendante de l'opacité de ce corps, bien qu'elle puisse se conserver et même augmenter pendant la cataracte. Sur le vivant les cristallins de cette couleur paraissent plus ou moins verdâtres. C'est cette coloration particulière du noyau qui jette sur le fond de l'œil un reflet variable simulant une cataracte pour ceux qui ne connaissent pas cette circonstance. C'est elle aussi qui donne le reflet jaunâtre et luisant aux cataractes corticales postérieures, qui, en elles-mêmes, sont blanches ou d'un blanc grisâtre, comme on le

(1) M. d'Ammon a donné fig. 2, planche XI, de ses *Klinische Darstellungen* (vol. I), le dessin d'une cataracte capsulaire postérieure, disséquée par lui; les portions opaques formaient, par leur réunion, un véritable cercle. La fig. 5, même planche, représente une cataracte capsulaire centrale postérieure, aussi examinée après la mort. La fig. 8 offre une capsule postérieure, disséquée, et qui était aussi opaque. M. Cunier possède dans sa collection une cataracte capsulaire postérieure entièrement opaque, avec végétations formant couronne à partir des bords; le cristallin était sain, et la capsule antérieure commençait à se troubler. La malade avait été opérée par lui d'une semblable cataracte de l'œil droit, huit mois avant la mort, survenue à la suite d'une fracture des côtes.

voit en les disséquant et en les examinant par leur surface postérieure.

« 5° *L'interstice entre la capsule antérieure et le cristallin ainsi que le liquide interstitiel* (humeur de Morgagni), existent réellement, mais dans une étendue variable, selon certaines circonstances, comme, par exemple, le volume plus ou moins fort du cristallin, etc.

« 6° Les cataractes partielles en forme de triangles ou de prismes, dont les côtés changent de position selon la place de l'observateur par rapport à l'œil malade, dépendent de la déhiscence du noyau du cristallin, les couches corticales conservant leur intégrité. Ces cataractes sont des plus rares; on les confond aussi avec la cataracte capsulaire postérieure.

« 7° *Le staphylôme postérieur de la choroïde* (staphyloma posticum scleroticae, de Scarpa) est la suite de l'inflammation de la rétine et de la choroïde; quelquefois même de la sclérotique, de l'amincissement de ces membranes et de leur adhérence entre elles. Cette adhérence est quelquefois incomplète, plus souvent complète. Quelquefois les trois membranes sont adhérentes; le plus fréquemment l'adhérence n'a lieu qu'entre la sclérotique et la choroïde; cette dernière s'altère la première et le plus fortement et se trouve décolorée.—La partie amincie des membranes internes, cédant à la contraction des muscles oculaires, se soulève peu à peu et forme enfin un staphylôme sur le côté externe de l'entrée du nerf optique. Le plus souvent un autre staphylôme, dans certains cas rares, quand la choroïde et la rétine n'adhèrent pas l'une à l'autre, peut contenir un peu de liquide entre ces membranes. M. Sichel n'en a jamais trouvé, et c'est par erreur, selon lui, que M. Jacobson, de Copenhague, attribue à ce liquide la formation du staphylôme. « La meilleure preuve « du contraire, dit M. Sichel, c'est que dans ma « collection je conserve plusieurs préparations où « cette maladie existe au plus haut degré, malgré « une adhérence et un amincissement tellement « complets de la sclérotique, de la choroïde et de « la rétine, que ces membranes, réunies inséparablement, ne forment plus qu'une lame de l'épaisseur d'une feuille de papier un peu fort, et se « plissent facilement. (1) » L'erreur du chirurgien danois s'expliquerait donc par le hasard qui lui a fait rencontrer, dans les deux seuls cas de cette lésion anatomique qu'il a observés, une complication avec une *hydropisie sous-choroïdienne*, maladie dont le staphylôme de la choroïde est tout à fait indépendant, comme le prouve l'adhérence indiquée ci-dessus et la circonstance que sur un très-grand nombre de ces staphylômes disséqués par M. Sichel cette hydropisie n'a pas été rencontrée une seule fois, bien qu'il l'ait vue souvent isolément.

« Cette maladie, réputée très-rare, parce que les fastes de l'art n'en contiennent que quatre ou cinq cas, et que M. Wardrop n'a pas eu occasion de voir une seule fois, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. M. Sichel a disséqué environ vingt yeux qui en étaient affectés; il les a presque tous conservés. Arrivée à un certain degré, l'affection s'accompagne de cécité complète. Dans le commencement la vision peut rester bonne, la rétine, malgré la maladie de la choroïde, n'étant pas encore affectée dans une grande étendue. La mobilité de la pupille conservée dans le cas rapporté par M. Sichel tandis que la pupille de l'œil qui avait conservé la vision était très-large, est une circonstance fort remarquable, confirmant de nouveau l'indépendance des nerfs ciliaires de l'état de la choroïde et de la rétine. — La tumeur chassant l'œil en dedans, il en résulte un strabisme convergent, qu'on pourrait confondre avec un strabisme musculaire ordinaire, suivi d'abolition de la vision, et qu'on ne guérirait pas, il est inutile de le dire, par l'opération, parce que la déviation est due au changement de forme de l'œil, qui devient ovalaire dans son diamètre antéro postérieur, et bosselé sur son côté externe (1). M. Sichel regrette de n'avoir pu faire, dans les cas qu'il a observés, de recherches sur les muscles de l'œil.

« 8° Les circonstances qui ont précédé la formation de la cataracte capsulaire végétante et du staphylôme de la choroïde, paraissent à M. Sichel présenter un grand intérêt pour l'étiologie de ces affections, et pour leur pathogénie en général. La malade, douée d'une bonne constitution, était affectée de pléthore abdominale et d'hémorrhoïdes abondamment fluentes, qui avaient disparu. Pendant quelque temps elle n'en ressentit aucun effet; mais à peine la ménopause se fut-elle prononcée, que des maux de tête, devenus habituels, cessèrent, et que la maladie se concentra dans les membranes oculaires internes et dans l'abdomen, sous la forme d'un travail organique. Il se forma une cataracte capsulaire végétante, un staphylôme de la choroïde et une dégénérescence de plusieurs viscères abdominaux, et la malade mourut. »

La dissection de la cataracte a eu lieu en présence de M. Malgaigne.

Voici les détails de l'observation. Nous laissons parler M. Sichel :

---

(1) Deux préparations semblables existent dans la collection de M. Cunier.

(1) Le fait suivant mérite d'être connu. Une malade, affectée de strabisme interne de l'œil gauche, dû à un staphylôme de la choroïde, se présente au dispensaire ophthalmique de Bruxelles, en juin dernier. Le staphylôme était fort volumineux, et avait soulevé le droit interne, qui était tendu et le divisait en quelque sorte en deux portions égales, l'une inférieure, l'autre supérieure. M. Cunier ne voulut point pratiquer une opération sur un pareil œil. — La malade, jeune fille de 17 ans, alla trouver un opérateur de louches, qui avait fait annoncer son arrivée dans la capitale. La section du muscle fut opérée; mais une hémorrhagie très-abondante se déclara, et elle durait encore lorsque la malade se présenta, trente-six heures plus tard, au dispensaire, avec une hernie de la choroïde et de la rétine. L'amincissement de la sclérotique était tel que l'attouchement avec le crochet avait suffi pour déchirer cette membrane et la rétine et la choroïde confondues avec elles, d'où était résultée l'hémorrhagie; le corps vitré s'était en partie écoulé, l'œil s'était affaissé; il est maintenant atrophié. M. Cunier a placé un œil artificiel.

Obs. — *Cataracte lenticulaire corticale de l'œil droit, simulant une cataracte capsulaire postérieure. Cataracte capsulaire végétante de l'œil gauche et staphylôme postérieur de la choroïde.*

« Au lit n° 19 de la salle St Mathieu (hospice de la Salpêtrière, était couchée la nommée Vadé, femme Thomas, âgée de 63 ans, entrée à l'hôpital le 25 septembre 1816. Je l'examine le 21 décembre 1832. (Ce qui suit est extrait textuellement de mes notes.)

« L'œil droit est affecté d'une *cataracte lenticulaire commençante*, caractérisée par une très-légère opacité d'une teinte jaune verdâtre assez foncée ; l'opacité est uniformément répandue sur tout le cristallin, plutôt moins marquée dans le centre que dans le reste de son étendue. Le noyau jaunâtre du cristallin a un reflet variable, selon la position que je prends. La pupille, immobile, est très-large ; l'iris est très-étroit en haut, et projette sur le pourtour du cristallin une ombre assez large, mais diffuse et peu foncée. En bas, on aperçoit une *cataracte capsulaire postérieure* d'un blanc jaunâtre, tout près du bord inférieur du cristallin ; elle consiste en une large strie transversale, semi-circulaire, presque droite, sur laquelle vient descendre une autre strie perpendiculaire commençant au centre. A côté de cette strie perpendiculaire il y en a une autre beaucoup plus petite qui se réunit à la première sous un angle aigu. Au-dessus de la strie transversale, et parallèlement avec elle, il y en a une autre moins longue De la réunion de ces stries, il résulte une espèce de double croix; elles sont douées d'un reflet luisant, placées sur un plan assez profond et très-concave, tout à fait opaques, et *siégent certainement dans la capsule postérieure* (1).

« La vue de cet œil est encore assez bonne ; la malade travaille et marche bien en ma présence, ce qui s'explique par le peu d'étendue de l'opacité postérieure et le peu d'intensité de celle qui, à peine commençante, occupe uniformément la substance du cristallin, mais ce qui pourtant est exceptionnel, puisque dans les cataractes capsulaires postérieures et dans les cataractes corticales postérieures, la vue se trouble notablement de bonne heure.

« *Œil gauche.* — On voit une cataracte capsulaire très-blanche, légèrement bleuâtre et nacrée. Elle remplit presque toute la pupille et présente du relief. Au milieu environ, il y a une strie perpendiculaire, irrégulière, comme si la surface de la capsule ou du cristallin était détachée en forme de flocon. La pupille est étroite et presque entièrement remplie par la portion élevée de l'opacité. Néanmoins l'iris, très-mobile est assez éloigné, permet, lorsqu'on se place latéralement, de reconnaître derrière cette membrane, autour de la cataracte capsulaire, une opacité lisse, non élevée, du cristallin, d'une teinte grisâtre, moins blanche et plus uniforme.

« Il y a donc cataracte lenticulaire avec végétation centrale de la capsule. Un diagnostic et une description plus exactes ne sont pas possibles sans la dilatation de la pupille par la belladone, à laquelle la malade ne veut pas consentir. Les iris des deux yeux ne présentent point d'altération inflammatoire ou organique. La perception des mouvements et de la direction de ma main est entièrement conservée. L'œil gauche est complétement et constamment dévié dans le grand angle ; il est parcouru par des vaisseaux très-déliés, flexueux, tout particuliers.

« *Historique de la santé générale de la malade, selon les renseignements qu'elle a donnés elle-même.* — De 12 à 30 ans, elle a toujours été bien réglée ; elle avait fréquemment de violentes migraines. Elle a eu deux enfants, bien constitués ; à 24 ans, trois mois après son premier accouchement et pendant qu'elle allaitait son enfant, elle a eu un violent mal d'yeux. Ces organes étaient très-rouges et gonflés ; 32 sangsues furent appliquées autour des orbites et la maladie disparut. La vue, qui avait toujours été très-basse, s'affaiblit après cette ophthalmie, et pour lire, la malade était obligée de rapprocher davantage le livre de ses yeux. A 30 ans les migraines ont disparu. De 30 à 36 ans, les règles apparaissent irrégulièrement, et elle avait de temps à autre « *des pertes énormes de sang par le fondement;* » ces pertes l'affaiblissaient beaucoup, quelquefois même, il lui arrivait de tomber en syncope.

« A 35 ans, elle eut « *une enflure à la tête* » (probablement un érysipèle) ; au moment d'être frappée de cette maladie, elle voyait d'une manière très-marquée *des reflets noirs*, et *des chandelles* ou des *rayons lumineux* qui montaient et descendaient.

« Déjà pendant ces pertes de sang, elle avait vu les mêmes apparitions, à un moindre degré, et elle avait consulté M. Lallemant, qui avait proposé l'application du séton. A la même époque le soleil lui *faisait mal aux yeux*. Si elle fermait l'œil droit, elle s'assurait que ces phénomènes morbides ne siégeaient *que dans l'œil gauche*. Pendant 13 ans cette affection resta stationnaire.

« De 36 à 46 ans, madame V... fut assez bien réglée ; l'apparition des menstrues avançait habituellement de 2 jours. A 46 ans, « à la suite d'une révolution, » *ses règles ne reparurent plus*. Elle eut bientôt un grand mal de tête, et son corps enfla beaucoup. Pendant trois mois que dura cette maladie, on lui appliqua 48 sangsues, des vésicatoires aux cuisses, aux jambes et au ventre, et on lui fit prendre beaucoup de tisanes. M. Rostan, qui la vit à cette époque, lui dit que dans son œil gauche il y avait une cataracte *très-bien formée*. Elle n'a plus de maux de tête depuis qu'elle n'a plus ses règles.

Aujourd'hui (de son œil droit, bien entendu), elle distingue parfaitement la chandelle, lit, et coud, mais ne pourrait pas écrire, parce que sa vue se brouille de suite. Depuis que la maladie grave dont nous venons de parler est passée, elle a éprouvé de grandes douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs vont s'irradier jusques dans l'épaule droite, et vont mourir dans la région ombilicale. De temps à autre elle a des vomissements.

« Il y a dix huit mois, on l'a sondée durant trois mois. Pendant l'opération elle rendait des caillots de sang. Trois graviers ont été amenés au dehors par la sonde.

« Depuis 8 jours que j'ai vu la malade, elle croit voir moins distinctement de l'œil droit. La pupille est très-dilatée. Au centre, et dans la profondeur du cristallin, on

(1) « C'est ainsi que j'ai exprimé ma pensée sur mes cahiers de notes, au moment même où je fis mon premier examen assez prolongé ; mon opinion aurait sans doute été partagée par tous ceux qui n'auraient pas eu occasion de vérifier leur diagnostic par des autopsies ; car j'ai vu les ophthalmologistes les plus distingués prendre de pareilles opacités pour des cataractes capsulaires postérieures et persister opiniâtrément dans cette opinion. » (*Note de M. Sichel.*)

voit une légère opacité qui a un reflet jaunâtre. *Siége-t-elle dans le noyau-même ou dans la capsule postérieure? Je ne vois plus les stries capsulaires postérieures que j'avais aperçues lors de mon premier examen; donc le cristallin s'obscurcit à présent.*

«Il y a 4 jours, on a posé à la malade 30 sangsues pour une entéro-péritonite. Elle succombe à cette maladie dans la première semaine de janvier 1833.

« *Examen anatomique des yeux.*—OEil droit.—Dans sa moitié postérieure, la sclérotique offre un *léger commencement de coloration bleuâtre*, coloration due à l'amincissement de cette membrane et augmentée par son desséchement à l'air, l'œil ayant été entamé par son hémisphère postérieur et étant resté 4 à 5 heures hors de l'eau. Dans la portion correspondante, c'est-à-dire dans la moitié postérieure, la *choroïde est amincie et presque incolore.* La surface antérieure du cristallin ne présente aucune trace de déhiscence; elle est beaucoup plus consistante que la postérieure. Les parties constituantes de cette surface de la cataracte sont homogènes; le noyau de ce côté a plus de consistance et semble même un peu plus jaune que du côté postérieur. L'iris, placé dans l'eau, est un peu bombé, un peu distant du cristallin, sur lequel il projette une ombre foncée assez large; la capsule a son reflet ordinaire, le cristallin est assez transparent. En plaçant ce dernier avec le corps vitré sur du papier noir, dans l'eau, *on reconnaît encore les stries de la capsule postérieure*, mais moins distinctement que pendant la vie, lors de mon examen primitif; elles sont moins jaunâtres, plus blanchâtres. Au centre du cristallin on aperçoit le noyau jaune-verdâtre. Si l'on retourne la lentille, on aperçoit sur sa surface postérieure la même figure de double croix qu'on a cru voir dans la capsule postérieure pendant la vie, et qu'on découvre plus tard, lorsqu'elle est isolée du corps vitré; seulement elle n'a pas l'éclat qu'elle présente dans ce dernier cas.

« Après avoir isolé du corps vitré le cristallin entouré de sa capsule et l'avoir posé sur sa surface antérieure, on voit sur sa surface postérieure une double croix opaque qui ne change pas de place. Elle est composée, comme sur le vivant, d'une strie verticale traversée dans sa partie inférieure par deux stries transversales. Ces dernières sont d'un blanc nacré, à peu près de la couleur d'une aponévrose. On les croirait placées dans la capsule et presque à sa surface externe. Cependant le toucher prouve qu'elles sont lisses et sans relief; *il est hors de doute que ces lésions n'existent que dans la substance* corticale détachée de la surface du cristallin En faisant tourner ce dernier sur son axe, non-seulement on voit d'autres stries d'un reflet particulier qui changent de place, mais de plus, si on le pose sur du papier noir, en face du jour, et si on le fait tourner de la même manière sur son axe antéro-postérieur, on aperçoit toujours, sur l'un de ces côtés, un triangle jaunâtre, comme si le cristallin était cataracté dans l'étendue seulement de ce triangle. (On verra plus loin que ce phénomène explique cette espèce de cataracte incomplète sous forme de triangle ou de prisme changeant de place dont nous avons parlé, et qu'il est dû à la déhiscence des couches internes du cristallin, c'est-à-dire, de celles qui entourent immédiatement son noyau ou concourent à le former.) Le cristallin, sur son bord, ne présente pas l'anneau transparent qu'il a d'ordinaire dans les cataractes incomplètes. Sa surface, vue de ce côté, est plus transparente au centre, et le noyau ne paraît presque pas jaune. La capsule enlevée est *tout à fait saine et transparente*; le liquide de Morgagni sort en abondance, sans tournoyer sur lui-même (1).

« *Sur sa surface postérieure*, le cristallin est irrégulièrement déhiscent; la figure de la double croix est formée par des portions opaques de la substance corticale qui commencent à se détacher de la surface. Dans les couches externes, la déhiscence ou plutôt *la desquammation de la substance corticale* commence dans la strie transversale inférieure; dans les couches internes, elle commence au centre. (Voir mon *Traité d'Ophthalmie*, etc.» p. 509, sur le déhiscence). Le noyau est très-peu dur et peu jaunâtre, ce qui, joint à la déhiscence des couches internes du cristallin, explique à la fois pourquoi le centre était plus transparent, et pourquoi les stries nacrées, réflétantes, triangulaires et variables quant à leur position, étaient rangées autour de ce même centre, en dirigeant leurs sommets vers lui.

« *OEil gauche.* Cataracte capsulaire avec végétation.—(Je conserve le dessin ainsi que la pièce pathologique dont la dissection définitive a été faite par M. Malgaigne.) L'opacité est inégalement colorée; au centre, il y a une large tache grisâtre, élevée, un peu transparente à son milieu; à gauche (à la droite de l'observateur), elle se prolonge en une petite languette d'un blanc un peu crétacé, qui semble détachée de la surface et élevée au-dessus du reste du cristallin. A la droite de cette languette, en haut et en bas, il y a une strie grisâtre et quelques taches crétacées. Si l'on touche la cornée en pressant légèrement, on reconnaît une légère fluctuation au centre de la capsule cristallinienne et un mouvement superficiel qui peut faire croire à une cataracte de Morgagni (cataracte du liquide interstitiel). Le mouvement une fois passé, les parties reprennent leur aspect et leurs rapports respectifs.

« *Staphylôme de la choroïde.* Le diamètre antéro-postérieur du globe oculaire est considérablement allongé; la moitié postérieure de l'organe est notablement augmentée de circonférence sur sa partie externe. Dans cette partie même la sclérotique est amincie et permet de voir à travers sa substance :

« 1° Des stries fines formées par les nerfs ciliaires;

« 2° D'autres stries plus larges, d'un bleu brunâtre, provenant de la choroïde qu'on aperçoit à travers la sclérotique. Ces stries sont devenues plus larges et plus foncées, parce que l'œil a été conservé quelque temps hors de l'eau et que la sclérotique est un peu desséchée. Si l'on ne voit ces stries que dans la partie postérieure du globe oculaire, c'est que dans cette seule partie la sclérotique est amincie et que la choroïde, également amincie, est appliquée contre elle;

« 3° Autour de l'insertion du nerf optique, une dilatation manifeste de la choroïde;

---

(1) Quand on ouvre la capsule antérieure par une petite ponction faite à son centre, le liquide interstitiel ou de Morgagni sort avec un mouvement de tournoiement, en formant une petite portion de spirale. C'est au moins ce que j'ai vu le plus souvent, surtout lorsqu'il y a beaucoup de ce liquide. (*Note de M. Sichel.*)

« 4° Sur le côté externe du même nerf, et un peu en avant, un staphylôme de la choroïde ayant à peu près six millimètres de diamètre, arrondi, cuivré, un peu bleuâtre.

« De l'autre côté, c'est-à-dire, sur le côté interne du nerf optique qu'on ne voit pas dans le dessin, il y a un staphylôme un peu plus petit, de la même nature, et touchant à sa base celle du staphylôme dont nous venons de faire la description. Les stries bleues brunâtres cessent dans le milieu du diamètre antéro-postérieur. L'œil, desséché à l'air, devient presque entièrement bleuâtre, presque noir, mais il reprend bientôt dans l'eau sa couleur naturelle, à l'exception des stries que nous venons de signaler.

« La choroïde n'était nulle part adhérente dans sa partie antérieure ; dans la moitié postérieure presque entière, elle était tout à fait amincie et décolorée ; la sclérotique était également amincie. On avait de la peine à séparer ces deux membranes ; cependant on pouvait le faire, sans les déchirer, à la circonférence des staphylômes.

« Au contraire, autour du centre des deux staphylômes auquel correspondait la tache jaune de la rétine, les trois membranes étaient adhérentes si inséparablement qu'elles ne semblaient plus former qu'une seule membrane, et qu'à leur surface interne, je veux dire du côté de la surface antérieure concave de la rétine, elles étaient tout à fait lisses et nacrées et avaient l'aspect d'une aponévrose fine comme dans la figure 2 de la 41e planche de ma collection.

« Après avoir enlevé l'iris et détaché le cristallin du corps vitré, nous examinons la cataracte. Elle est lisse à sa partie periphérique ; sur le centre, il y a une végétation très-extraordinaire. Le centre de cette végétation est légèrement déprimé, gris clair, presque lisse, ayant seulement de petites stries ou plutôt de petits plis transversaux sur sa surface Le large pourtour du cristallin, caché auparavant par l'iris, est blanc laiteux ; la petite languette qui flotte un peu dans l'eau est en blanc crétacé. Le bord inférieur de la végétation est légèrement crénelé, terminé en une pointe autour de la quelle il y a environ quatre prolongements ou plis pointus qui se perdent insensiblement dans la surface de la cataracte. La partie supérieure de la végétation est tronquée, partagée en deux lobules. Son ensemble est à peu près cordiforme. Tout son pourtour et les deux lobules ont une teinte crétacée jaunâtre. Le lobule placé sur la gauche de l'observateur présente sur son bord libre un peu inférieur plusieurs prolongements en plis, plus fins que ceux de la pointe.

Sur la droite de la végétation, près de son bord, il y a dans la capsule une large plaque jaunâtre, non élevée, qui communique avec la strie blanche et élevée en haut. L'un des bords du cristallin est inégalement découpé ; sa surface antérieure, autour de la végétation, est un peu transparente sur toute la surface ; à travers son tissu on aperçoit, en plusieurs endroits, des taches crétacées, un peu jaunâtres, arrondies, situées dans la surface du cristallin. Une ou deux parties de la surface du cristallin sont transparentes. Dans le cristallin enveloppé de sa capsule et un peu gonflé par le séjour dans l'eau, la pression avec une spatule appliquée à sa surface ne produit aucun mouvement. Il résulte de là que, si le mouvement que nous avons observé auparavant était dû au liquide interstitiel, il a cessé maintenant à cause du gonflement du cristallin qui a rétréci l'espace entre sa surface et la cristalloïde antérieure. Nous ne passons pas cette circonstance sous silence à cause de la cataracte qu'on appelle *morgagnienne* et dont l'existence a été niée, parce qu'on a voulu nier l'interstice entre la surface antérieure du cristallin et la capsule antérieure ; mais cet interstice existe réellement ; seulement la capacité diffère selon les circonstances. Nous avons, dans ce cas, comme dans un grand nombre d'autres, donné toute notre attention à ce point d'anatomie.

« En se plaçant latéralement et en examinant l'appareil cristallinien de profil, on voit que la capsule est transparente dans ses parties non épaissies, et qu'à 2 millimètres de distance du pourtour de la végétation la partie légèrement crétacée de la surface du cristallin est éloignée d'un millimètre environ de la capsule.

« Dans la circonférence, la capsule est appliquée au cristallin ; la teinte blanche qu'on aperçoit à cet endroit ne siége pas dans la membrane. Le cristallin est de forme et de grandeur normales ; seulement il est un peu gonflé et un peu ramolli par l'eau, et l'un de ses bords est un peu tronqué.

« *La surface postérieure du cristallin* présentait à son pourtour un anneau transparent que je regardais comme la circonférence du cristallin restée saine et transparente, phénomène que j'avais souvent rencontré dans mes dissections et sur le vivant et surtout dans les cataractes non complètes. On verra par la suite que je m'étais trompé sur ce point, et qu'il y avait dans ce cas un prolongement de la cavité capsulaire en arrière en forme de canal, entourant le bord du cristallin. Sur plusieurs points de la capsule postérieure on reconnaissait des opacités en forme de taches arrondies, circonscrites, crétacées, d'un blanc jaunâtre. On pouvait parfaitement bien distinguer d'autres taches d'une teinte blanchâtre, douées d'un léger éclat nacré, situées au-dessous de la capsule dans la substance corticale du cristallin et ayant la forme de stries irrégulières convergentes vers le centre ; c'était un commencement de déhiscence des couches externes postérieures.

« Nous n entamons pas la capsule et nous ajournons la dissection définitive qui n'est faite que le 17 mars 1841, plus de huit ans plus tard, en présence de M. Malgaigne. Il est étonnant combien la pièce, après un séjour aussi prolongé dans l'alcool (à 20 degrés), a conservé tous ses caractères. La capsule, partout où elle ne présente pas d'élévation ni de couleur crétacée, est entièrement transparente, et la circonférence de ses deux feuillets réunis forme autour de celle du cristallin une espèce de canal transparent et annulaire d'un peu plus d'un millim. de largeur qui semble contenir un liquide également transparent. C'est là ce que dans la pièce fraîche, j'ai pris pour le bord transparent du cristallin. A travers la surface postérieure de la capsule on voit le cristallin modérément grand, bien arrondi à son pourtour, en général très-sphérique, d'une teinte jaune ocré clair, très-légèrement déhiscent à sa surface postérieure par une fente en forme de trépied plus large au centre et le partageant en trois morceaux triangulaires exactement égaux. La surface postérieure de la capsule présente elle-même de nombreuses petites opacités en partie

blanchâtres, crétacées, en partie d'une teinte ocrée semblable à celle du cristallin. Les opacités forment les unes des points ou de petites plaques arrondies, dues à un épaississement de la capsule et même quelquefois un peu élevées; les autres présentent de petites stries fines, convergentes, sans relief. A la surface antérieure du feuillet antérieur de la cristalloïde, on voit encore la plaque végétante ovalaire ou cordiforme ayant absolument la forme représentée dans le dessin de ma collection, et décrite plus haut Elle est froncée à son pourtour, et se prolonge en plis. La petite languette libre et flottante a disparu, soit par l'action de l'alcool, soit parce qu'elle a été arrachée pendant que l'on renouvelait ce liquide. Le milieu de la plaque végétante est légèrement déprimé, bleuâtre, semi-diaphane, assez mince, tandis que tout le reste de sa substance est épais, coriace, élevé et d'une teinte jaune ocrée, un peu semblable à celle du cristallin. Autour de cette végétation, la surface antérieure de la capsule présente des stries, des taches jaunâtres comme la surface postérieure.

« Après avoir bien examiné la surface externe des deux feuillets de la capsule, et avoir constaté qu'entre la surface antérieure du cristallin et la cristalloïde antérieure, il y a un certain interstice, au moins çà et là, nous nous décidons à ouvrir la capsule sur son bord avec beaucoup de précaution, afin de voir s'il s'écoulerait un liquide de sa cavité. Mais nous nous apercevons bientôt que le canal formé entre la circonférence du cristallin et de la capsule présente une petite fente sur sa paroi externe et que la lumière du canal n'est conservée que par la consistance naturelle de la capsule, augmentée encore par l'action de l'alcool. En saisissant avec des pinces fines les bords de la solution de continuité de cette membrane, nous séparons facilement ses deux feuillets sur leur jonction et nous faisons sortir le cristallin, après nous être convaincus que le canal sus-indiqué existe réellement, et qu'en avant aussi le cristallin et la capsule ne sont en contact que dans quelques-uns des points opaques, tandis qu'en arrière le feuillet postérieur touche partout le cristallin.

« Voilà donc des opacités manifestes de la cristalloïde, accompagnées d'épaississement, de dépôt fibro-albumineux, et même de véritable végétation, survenues après un travail phlegmasique dans toutes les membranes oculaires internes, travail qu'on ne peut nier, puisque l'adhérence et l'amincissement de la partie postérieure des membranes oculaires sont là pour le prouver. Ces opacités de la capsule n'étaient pas dues à de la substance lenticulaire corticale durcie et devenue adhérente à la capsule; en grattant la surface postérieure du feuillet antérieur de la capsule avec une spatule fine, on pouvait enlever complètement les parcelles de substance cristallinienne adhérentes; la surface interne de la capsule devenait lisse partout où la surface externe n'était pas altérée. Au contraire, dans les endroits où la surface externe est occupée par les opacités élevées et jaunâtres, elle est manifestement altérée elle-même et présente un certain relief, dans quelques points de petites élévations bien marquées et jaunâtres qu'on peut saisir entre les mors d'une pince, mais qu'on ne parvient pas à arracher. Dans la végétation, la surface externe reste opaque, froncée et élevée. L'inflammation a donc agi sur la capsule dans son tissu même et à ses deux surfaces. Après la sortie du cristallin, la capsule ouverte conserve sa forme et son aspect, et encore à présent on peut constater toutes les altérations que nous avons décrites.

« Le changement de la teinte crétacée primitive, peu jaunâtre, des opacités capsulaires en jaune ocré, tenait, d'une part, à l'action de l'alcool sur la capsule elle-même; d'autre part, l'alcool, après que le liquide contenu dans la cavité de la capsule s'était écoulé par la rupture, avait contracté cette membrane, et, en la rapprochant de la surface du cristallin, y avait collé des portions de la substance corticale coagulée et rendue jaunâtre. Ces portions pouvaient bien augmenter la teinte jaunâtre de la capsule, mais on pouvait les détacher sans que la capsule opaque perdît cette teinte. Dans les parties non épaissies de la capsule, ces portions se détachèrent parfaitement, et la membrane reprit toute sa transparence. Ceci était surtout évident au feuillet postérieur, dont les opacités étaient peu nombreuses, et dont les taches, ainsi que leur disposition, avaient été soigneusement notées, il y a huit ans, sur la pièce à l'état frais. Les stries convergentes, formées par la substance corticale postérieure du cristallin, étaient presque toutes restées adhérentes à ce corps, dont la déhiscence est devenue complète, comme nous l'avons vu. La petite quantité qui en est restée adhérente à la capsule s'en détache complétement par le grattage qui n'y laisse que les points crétacés arrondis et épaissis.

« Le cristallin, à sa partie antérieure, avait présenté quelques points crétacés, dus également à un dépôt fibro-albumineux; dans sa portion correspondant à la végétation centrale de la capsule, cela était particulièrement visible; il y avait dans cet endroit un dépôt d'une substance jaunâtre élevée. Il est permis de conclure de ces dépôts fibro-albumineux dans le cristallin, que ce corps peut aussi quelquefois s'enflammer, au moins partiellement et chroniquement, lorsqu'une congestion ou une inflammation chronique occupe les membranes oculaires internes »

b). *Guérison sans opération.*—M. Guépin (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, vol. XVII, p. 265), « a essayé de faire disparaître sept ou huit cataractes par un traitement révulsif; mais il n'a réussi que trois fois, bien qu'il eût choisi les cas les plus favorables; encore doit-il dire que de ces trois succès, deux ont eu lieu chez le même individu, qui était en même temps affecté d'amaurose. Quelques études de pathologie comparée le portent à croire qu'il est beaucoup plus facile de guérir, sans opération, la cataracte chez le cheval que chez l'homme, non pas au moyen de la pommade de Gondret, ou du vésicatoire, mais en passant un large séton à la face, c'est-à-dire, de l'arcade zyzomatique à l'angle de la mâchoire inférieure. »

M. Guépin a employé le séton à la tempe chez l'homme, et au moment de sa communication, il en attendait le résultat.

Nous savons que par suite de diverses recherches de thérapeutique comparée, M. Pétrequin a été conduit à revenir sur la guérison médicale de la cataracte; il possède, nous assure-t-on, plusieurs cas de guérison. Il serait à désirer que notre savant confrère de Lyon fît connaître les résultats auxquels

il est arrivé, en s'attachant à préciser les conditions individuelles qui permettent d'espérer quelque réussite et en fixant, comme il l'a fait, pour l'amaurose, les indications spéciales relatives à l'espèce de cataracte, à l'ancienneté de leur formation, etc. Nous sommes persuadés que notre appel l'engagera à parler.

Un médecin français, M. Drouot, a publié un volume destiné à démontrer la possibilité de la cure des altérations du cristallin et de la capsule, sans opérations chirurgicales (1). « Les cataractes, dit-il, peuvent être sûrement prévenues et guéries par des remèdes externes et internes; la terminaison de la capsulite par une résolution imparfaite qui constitue le premier degré de l'opacité, le point de départ de la cataracte, peut être combattue par des moyens thérapeutiques qui rétablissent la transparence parfaite de la membrane capsulaire. Ces mêmes opacités, quand elles ont envahi une grande partie du cristallin ou de la cristalloïde, alors que le malade est aveugle, qu'il cesse de pouvoir distinguer aucun objet, peuvent être amenées à une résolution partielle ou complète. — Nous ne voulons pas parler ici des cataractes compliquées d'amaurose complète, de ces opacités du cristallin qui, depuis longues années, ont envahi la totalité du système cristallinien, de celles enfin qui ont été accompagnées de la désorganisation des parties qui forment le globe oculaire interne; nous voulons dire seulement que les altérations de la capsule ou de la lentille, soit au début, soit quand l'opacité s'est étendue sur une grande partie de ces organes, soit enfin quand le malade *a cessé de voir*, peuvent être prévenues ou guéries sans opérations chirurgicales. Nous ne nous dissimulons pas tout ce que cette proposition, QUI EST UN AXIOME, pourra présenter de paradoxal aux esprits prévenus, imbus d'idées scolastiques pour ainsi dire innées, et accoutumés à jurer *per verba magistri;* et c'est pour cette raison que depuis plusieurs années nous avons différé la publication de nos opinions particulières, afin d'établir, par une série d'observations irrécurables, que non-seulement la guérison des cataractes était un fait accompli sans avoir recours aux opérations chirurgicales, mais encore que les malades qui avaient recouvré la vue au moyen de traitements rationnels, basés sur les causes, les symptômes, les complications diverses qui entraînent l'opacité du cristallin, n'étaient point retombés, peu de temps après, dans le même état de cécité. »

Les divers ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur la curabilité de la cataracte, ne méritent pas, à vrai dire, d'être réfutés; celui de M. Drouot nous a paru devoir être médité; il y a de l'exagération, beaucoup d'exagération dans ses assertions, mais enfin elles sont au plus haut point dignes d'un examen sérieux, auquel nous regrettons de ne pouvoir nous livrer dans un travail du genre de celui que nous avons entrepris.

c). Chute spontanée du cristallin.—MM. Cunier et Pétrequin (*Ann. d'Oculistique*, I, 73, 141) ont traité au long de la dislocation spontanée du cristallin.

M. le docteur A. Van der Boon, de Zaandam, a aussi observé (*Verhandelingen van het genootschap ter bevordering der Genees en Heelkunde*, I deel, I stuk, p. 22, Amsterdam, 1841), un cas de chute spontanée. Le sujet était un vieillard de 70 ans, dont l'œil gauche était amaurotique; la crainte que pareille affection n'existât à droite avait empêché M. Van der Boon d'opérer la cataracte de ce côté. Ce vieillard devint malade, et peu de temps après son rétablissement il s'aperçut que la vue de son œil droit revenait. Le médecin hollandais reconnut que le cristallin cataracté avait franchi la pupille, et était passé dans la chambre antérieure, où l'action de l'humeur aqueuse le réduisit à un petit noyau. Le malade ne récupéra qu'une vue partielle, probablement parce que la capsule, dont ne parle pas M. Van der Boon, aura continué à masquer le champ pupillaire.

Il est à regretter que M. Van der Boon ne donne aucun renseignement sur la maladie pendant laquelle le cristallin s'est déplacé.

d). Opération sur les animaux. — De tout temps on a essayé de pratiquer des opérations, et notamment celle de la cataracte, sur les yeux des chevaux; mais toutes les tentavives ont échoué jusqu'à ce jour, parce qu'on n'a pas encore trouvé le moyen de fixer le globe de l'œil; en vain les vétérinaires ont-ils inventé toutes sortes de fixateurs de l'œil, ou en ont emprunté à l'ophthalmologie humaine. M. Hayne (1) a essayé et a vu essayer lui-même pendant de longues années à surmonter ces obstacles, et a déclaré aussi l'impossibilité d'opérer la cataracte sur les chevaux. Ce n'est qu'en 1833, lors d'un voyage dans l'Autriche supérieure, qu'il remarqua que l'œil de l'homme, attiré au dehors avec force, perdait pour un moment sa mobilité, sans inconvénient pour la faculté de voir; il tenta alors inutilement de comprimer le globe de l'œil des chevaux au-dessous de l'orbite, pour le faire saillir au-dehors, et se décida enfin à faire une incision de 4 ou 5 centimètres dans la salière, et à y engager un doigt jusques sur le tissu graisseux qui soutient le globe de l'œil, et, de cette manière, il parvint facilement à faire proéminer l'organe. L'essai a complétement réussi; seulement on remarqua que la compression exercée sur l'œil fit paraître la face antérieure terne et bleuâtre, effet probablement dû à la constriction de ses vaisseaux. L'auteur étant parvenu à surmonter la difficulté de fixer le globe de l'œil, s'assura qu'on pouvait pratiquer sur ce dernier toutes sortes d'opérations, telles que l'abaissement de la cataracte, la kératonyxis, l'opération du staphylôme, de la pupille artificielle, etc., mais l'extraction du cristallin ne sera guère suivie de succès, parce que la

(1) Nouveau traité des cataractes, causes, symptômes, complications et traitement des altérations du cristallin et de la capsule, sans opérations chirurgicales. Bordeaux, 1840, in-8° de 285 p. avec planches.

(1) Œsterreichische Medicinische Jahrbucher, (neue Folge, XXI, p. 94) et Gaz. médicale, 1841.

compression trop forte du globe de l'œil fera toujours échapper une trop grande quantité du corps vitré. Depuis, M. Hayne a fait des abaissements de cataracte sur des chevaux qui devaient être sacrifiés peu de temps après l'opération; toujours il a vu guérir les plaies; le cristallin était convenablement déplacé, rapetissé et de couleur trouble; malheureusement les animaux n'ont pas été conservés assez longtemps pour s'assurer du succès, quant à leur faculté de voir.

e). *Scléroticonyxis.* — Un mémoire de M. Ruete, de Gottingue, inséré dans le journal de Holscher (*Hannoversche Annalen*), est destiné à faire connaître une modification aux procédés en usage. Les auteurs recommandent, *a*) d'introduire l'aiguille par la sclérotique à 1 ou 1 1/2 ligne du bord de la cornée et à pareille distance en-dessus ou au-dessous du diamètre transverse *b*). Après avoir fait pénétrer l'aiguille à la profondeur de 4 lignes, on recommande de la faire glisser, la pointe étant tournée en arrière, entre la face postérieure de l'iris et la capsule du cristallin.— Par ce procédé, on blesse nécessairement, dit M. Ruete, le zonule de Zinn, la partie latérale de la cristalloïde, les procès ciliaires; il en résulte des inflammations et d'autres accidents. C'est ce qui lui a fait adopter la méthode suivante (1) :

1er Temps. Comme dans la méthode ordinaire.

2e Temps. L'aiguille, la convexité tournée en avant, est maintenue à une demi-ligne de l'uvée. Lorsque l'instrument a pénétré à la profondeur de 1 1/2 à 2 lignes, une incision perpendiculaire est pratiquée avec son tranchant dans la cristalloïde. On fait alors glisser l'aiguille entre la capsule et le cristallin jusqu'à ce qu'elle apparaisse au milieu de la pupille; la pointe est tournée en avant, la capsule est incisée de haut en bas et de dedans en dehors.

3e et 4e temps. Comme dans les méthodes ordinaires.

D'après M. Ruete, la méthode qui vient d'être exposée a les avantages suivants : 1) par l'incision de la partie latérale de la capsule et de la zonule de Zinn, on évite de lacérer et de tirailler ces parties; le cristallin sort plus facilement; 2) on ne risque pas de blesser les procès ciliaires et l'iris; 3) l'incision de la paroi antérieure de la capsule prévient la formation des cataractes capsulaires secondaires; 4) rarement, il y a réaction inflammatoire après ces incisions.

M. Ruete rapporte 28 cas de cataracte opérés avec succès par sa méthode.

M. Baudens considère le conseil de détruire d'abord la capsule cristalline comme puéril, — à moins de complications, — et comme prolongeant inutilement l'opération (2). — Ce chirurgien embroche le cristallin vers son bord supérieur et le déprime verticalement. Ainsi accrochée, il prétend que la lentille n'échappe pas à l'action de l'instrument, qu'elle est plus facile à déprimer, et qu'elle tend moins à remonter. M. Baudens oublie de dire comment il dégage son aiguille — qui est celle de Dupuytren.

Ce procédé n'est, au demeurant, que celui de Himly, que ne cite pas le chirurgien français. Himly divise, comme on sait, l'opération en cinq temps : 1° Ponction de la sclérotique; 2° introduction de l'aiguille dans le corps vitré, derrière le cristallin; 3° l'aiguille est poussée dans la chambre postérieure, à travers l'hyaloïde, et embroche le cristallin; 4° le cristallin embroché est déprimé en même temps que sa capsule; 5° l'aiguille est retirée.— Si le procédé recommandé par M. Baudens diffère de celui de Himly, c'est donc précisément par des conditions qui le rendent presque toujours inexécutable, le retrait de l'aiguille devant necessairement ramener le cristallin dans la chambre postérieure, à moins que des manœuvres dangereuses n'aient eu lieu dans le corps vitré pour dégager l'instrument.

Nous nous bornerons à faire mention de la polémique qui s'est élevée (*Annales d'Oculistique*, I, p. 87 et p. 157), entre MM. Carron du Villards et Petrequin, sur la nécessité admise par ce dernier, d'inciser la capsule dans l'opération de la cataracte par abaissement. M. Carron du Villards a annoncé une réfutation de la replique de M. Pétrequin.

M. Cunier, qui est, comme M. Carron du Villards, partisan de l'abaissement en masse, admet la nécessité (*Ann. d'Oc.*, I, p. 86-87, et *Ann. de la Société de médecine de Gand*, vol. V, p. 444) de dilacérer la capsule avant de retirer l'aiguille du corps vitré.

Le docteur Frommuller, de Furth (*V. Ammon's Monatsschrift*, III, p. 376), ne peut opérer de la main gauche sur l'œil droit; il veut, comme M. Malgaigne (*Encycl.*, 3e s. Gaz. hôp., p. 25), que l'on se place derrière le cataracté, et que l'on se serve de la main droite pour opérer sur l'œil droit. M. Frommuller tient cette conduite tant pour l'abaissement que pour l'extraction.

L'observation suivante est rapportée par M. Furnari (*l'Esculape*, 1841); six fois l'opération de la cataracte a été pratiquée sur les deux yeux, et une pupille artificielle a été pratiquée sur l'œil gauche; la guérison a eu lieu.

« Les détracteurs de l'opération de la cataracte « par abaissement deviennent, de jour en jour, « plus rares, dit M. Furnari, et d'ici à quelques « années on ne considérera plus l'extraction que « comme méthode purement exceptionnelle, dont il « ne sera plus question que dans la partie historique du manuel opératoire de la chirurgie ophthalmique. Quand même l'abaissement n'aurait que « l'immense avantage de pouvoir être pratiqué plusieurs fois sans compromettre l'organe de la vue, « ce serait déjà une ressource qu'aucune autre méthode ne peut offrir à l'opérateur et à l'opéré. »

L'observation que voici est destinée à servir de preuve au principe émis par M. Furnari.

Obs.— « Annette Pion, d'Auxonne, âgée de 23 ans, fut affectée, il a y un an, de conjonctivites fort intenses qui amenèrent consécutivement une inflammation de l'iris des deux yeux, suivie d'exsudations plastiques et de cataractes membraneuses. Ces diverses complications occasionnèrent une cécité presque complète. Ce fut sous l'in-

(1) Il a déjà été question du procédé de M. Ruete dans les Annales d'Oculistique (I, p. 227.)

(2) Gaz. des hôpit. 10 nov. 1840.

fluence du désir bien naturel d'améliorer son état qu'elle entreprit le voyage de Paris.

« Entrée à l'hôpital de la Charité, elle fut opérée de l'œil droit, qui était le meilleur. Trois opérations à 10 jours de distance furent faites par M. Velpeau, et malgré l'habileté de ce chirurgien, ces opérations n'amenèrent aucun résultat heureux. Après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital, la jeune fille allait se faire reconduire dans ses foyers lorsqu'elle me fut adressée par M. le professeur Moreau.

« L'examen attentif me fit espérer qu'à l'aide de nouvelles opérations pratiquées sur l'autre œil on pourrait lui rendre un peu de vision. Le triste état dans lequel se trouvait cette jeune fille légitimait ces tentatives, d'autant plus que celles-ci, même en restant infructueuses, n'auraient point empiré sa position.

« Je pensai que pour arriver au but desiré il y avait deux indications principales à suivre : la première consistait à débarrasser le centre pupillaire des amas de pseudo-membranes qui avaient contracté adhérence avec la partie postérieure de l'iris; la seconde reposait sur la nécessité d'augmenter le champ de la pupille en produisant une perte de substance dans l'iris.

« *Première opération.* — Après avoir plongé dans la sclérotique l'aiguille à ressort de M. Luzardi, j'ai traversé l'espace pupillaire pour saisir et inciser la partie supérieure et interne de la petite circonférence de l'iris; ce premier temps de l'opération terminé, j'ai broyé la cataracte sans pouvoir cependant détruire toutes ses adhérences, car le sang, sorti des vaisseaux iriens, et le pigmentum obstruèrent immédiatement le champ de la pupille.

« *Deuxième opération.*—J'incisai l'iris avec le même instrument, et après avoir détaché une grande partie des adhérences capsulaires, je les ai fait tomber dans la chambre antérieure et dans la chambre postérieure de l'œil; mais ces fragments de capsule ont remonté, se sont réorganisés, et par conséquent ont obstrué l'ouverture pupillaire. La malade commençait à y voir un peu, sans cependant pouvoir encore distinguer les objets.

« *Troisième opération.* — A l'aide d'une aiguille de Scarpa excessivement courbe, j'ai détruit les restes de la capsule et je les ai fait tomber presque en totalité dans la chambre antérieure; la malade aperçut une grande lumière pendant l'opération; les jours suivants, elle commença graduellement à distinguer les objets et à pouvoir lire facilement les grosses lettres d'un journal et jusqu'aux *petites capitales*. Les saignées, les mercuriaux et la belladone ont été employés pour prévenir l'inflammation ainsi que le rétrécissement de la pupille et ses exsudations lymphatiques. Après un séjour de trois mois à Paris et après avoir subi six opérations, dont trois pratiquées par M. Velpeau et trois par moi, la jeune fille a pu retourner seule dans son pays. M. le docteur Carron du Villards, M. Alexis Moreau, interne des hôpitaux, et quelques élèves en médecine ont assisté aux trois dernières opérations. »

De cette observation M. Furnari tire les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les fois que par suite d'une inflammation de l'œil il se produit une cataracte membraneuse très-adhérente et un rétrécissement de la pupille, on ne doit pas seulement se borner à opérer la cataracte, mais il est nécessaire d'inciser l'iris pour produire une nouvelle pupille, ou élargir l'ancienne ouverture; de cette manière, on fera pénétrer un plus grand nombre de rayons lumineux dans le fond de l'œil; on donnera un peu de mobilité à cette membrane et on pourra détruire plus facilement les adhérences capsulaires.

« 2° On doit réitérer l'opération tant qu'il ne se manifeste pas de symptômes inflammatoires; et dès qu'on les voit paraître, les combattre par les antiphlogistiques et recourir à une nouvelle opération si celle-ci avait déjà produit un commencement de succès.

« 3° Contrairement à l'opinion des auteurs, on doit chercher à opérer les cataractes consécutives aux iritis phlegmoneuses, toutes les fois que le malade peut distinguer le jour de la nuit. La crainte d'une inflammation consécutive ne doit pas empêcher les chirurgiens de tenter ce dernier moyen. Il existe certainement un grand nombre d'individus qui sont affligés de la même affection que la jeune Pion et sur lesquels on pourrait pratiquer la même opération avec l'espoir d'un résultat analogue. »

f) Dilacération de la capsule. Une note insérée sous ce titre dans *l'Expérience*, par M. Szokalski (*Encyclogr.*, 4e s., vol. VI, p. 537) a été analysée comme suit dans la *Gazette médicale de Paris* (1841) :

« L'auteur établit d'abord que dans tous les cas où le broiement de la cataracte est indiqué, on doit lui substituer la simple incision de la capsule, qui expose moins à l'inflammation consécutive et amène aussi sûrement l'absorption du cristallin opaque. Cependant à la suite de ce procédé, il y a deux inconvénients à craindre; l'un est l'étranglement du cristallin à travers l'ouverture trop étroite de la capsule, source fréquente d'inflammation; l'autre est la formation d'une cataracte membraneuse s'établissant secondairement en vertu de l'opacité et de l'adhésion des parties de capsule laissées en place. C'est pour se soustraire à ces accidents que M. Jaeger propose l'opération suivante : On fait avec un couteau lancéolé une incision de 3 à 4 millimètres dans la cornée, à sa jonction avec la sclérotique. Ensuite on introduit à plat un petit crochet dans la chambre antérieure de l'œil. Cet instrument doit être porté jusque dans la pupille; puis, arrivé là, on lui fait exécuter un quart de rotation, de sorte que la partie recourbée aille se placer directement contre la capsule. En imprimant à l'instrument un mouvement de levier, on accroche cette membrane si faible et on la déchire par des tractions exécutées en différentes directions, suivant les circonstances, sans cependant trop s'engager dans la substance molle de la cataracte. Quand la capsule a été suffisamment déchirée, on porte le crochet à plat sur la face postérieure de la cornée et on la retire de l'œil. M. Hering assure avoir plusieurs fois pratiqué cette opération avec un succès complet.

« On sait que Pott avait déjà recommandé une opération semblable, dans les cataractes en *partie molles, en partie dures*, et qu'il lui trouvait sur l'abaissement ordinaire l'avantage d'être moins dou-

loureuse et d'exposer les parties à une violence moins considérable. Nous reconnaissons toutefois que le moyen conseillé par le professeur Jaeger est un véritable progrès, et qu'il permet d'agir bien plus sûrement, si on veut se contenter de déchirer la capsule. Mais là précisément est toute la question. Faut-il se borner à une incision de la capsule, au lieu de broyer le noyau opaque? D'après ce que nous avons observé, nous ne pouvons croire que les dangers de l'opération soient augmentés par la précaution de diviser en plusieurs sens la lentille cristalline, en supposant, bien entendu, que ce morcellement soit fait suivant les règles de l'art et par une main exercée. Et d'autre part on ne peut nier que la division du corps opaque ne soit un puissant moyen d'en favoriser la résorption. N'oublions pas non plus qu'en adoptant le procédé conseillé par M. Jaeger, le cristallin doit s'absorber sur place; et qui ne connaît les longueurs et l'incertitude de ce mode de guérison? Enfin si l'on suit les idées du professeur de Vienne, on s'exposera nécessairement à livrer aux seules forces de l'absorption beaucoup de cristallins qu'on aurait pu déprimer. Dans l'opération ordinaire, en effet, on cherche d'abord à abaisser et on n'en vient au broiement que lorsqu'on n'a pu mieux faire; mais ici où on n'a pour se déterminer à l'une ou à l'autre manière d'agir que des données tout à fait insuffisantes sur la mollesse du cristallin, telles que celles tirées de l'inspection de l'œil, on est forcé de faire l'incision de la capsule, sans être sûr qu'un moyen plus efficace, l'abaissement, n'eût pas réussi. C'est donc une mauvaise méthode que celle où le chirurgien ayant à choisir entre deux procédés, tous deux peut-être également applicables, est contraint de donner la préférence à celui qui offre le moins d'avantage. »

g) *Soulèvement de la cataracte* (sublatio cataractae). — Cette méthode, exposée par le docteur Pauli dans un ouvrage *Ueber den grauen Staar und die Verkrümmungen* (1838), dont il a été rendu compte par M. Stœber, dans le vol. II des *Annales d'Oculistique*, doit être complétement rejetée, si l'on en croit M. F. Hezel (*Kritik der neuen Methode des Dr. Pauli den grauen Staar zu stechen.* 8° de 30 pages, Ulm, 1840.

h) *Kératotomi-Kystotritie.* — M. Carron du Villards, rendant compte de l'ouvrage de M. Furnari, parle dans les termes suivants de la kératotomi-kystotritie (voir *Annales d'Oculist.*, I, p. 489).

« Nous voici arrivé au chapitre de la cataracte, « qui est aussi complet que possible. En décrivant « les causes occasionnelles, M. Furnari prouve qu'il « est des professions qui prédisposent singulièrement à cette maladie. Il décrit aussi avec beaucoup de soin les différentes espèces de cataractes « et les moyens de les reconnaître. Ici, en passant, « je crois devoir adresser quelques mots à M. Malgaigne sur ses opinions touchant la rareté des cataractes capsulaires, en attendant que je réponde « sommairement à son mémoire : il n'a fait que « des autopsies de vieillards, et avant la trente-cinquième année de la vie, on ne trouve presque « jamais de cataractes dures.

« Revenons à M. Furnari, qui complète le chapitre de la cataracte par tout ce qui a rapport à « la partie chirurgicale, qui est traitée avec beaucoup de soin. Beaucoup de personnes ont accepté « sans réserve et même avec éloge son procédé pour « opérer la cataracte. Je dois à la franchise de mes « opinions et à mes relations amicales avec lui, de « dire que je ne partage pas cette opinion; il ne « suffit pas qu'un procédé soit ingénieux pour qu'il « ait une valeur réelle, et le procédé de M. Furnari « se trouve dans ce cas.

« En effet, ou l'on veut faire l'extraction, ou « choisir un autre procédé; si la première, il faut « embrasser le procédé d'extraction avec tous ses « avantages, et alors la ponction de la cornée avec « l'instrument de M. Furnari tombe dans le vice des « ouvertures de la cornée faites en un seul temps, « comme le faisaient Daviel, Béranger à son début, « et Santarelli. Si l'incision n'est pas assez grande, « le cristallin ne peut sortir sans pression et sans « efforts. Si on le brise derrière l'iris avec la pince « broyante, on tombe dans l'inconvénient attribué « à la discission. Ainsi donc, on fait une opération « incomplète, qui n'a pas les avantages de la cure « radicale, suite d'une opération d'extraction bien « réussie, et qui a en outre les inconvénients d'une « extraction laborieusement faite, si l'on enlève « tout, et celle d'une discission, si on laisse tout ou « partie dans la chambre postérieure.

« Mais la pince de M. Furnari est à elle seule une « heureuse invention pour saisir dans une opération « par extraction ordinaire, parce qu'elle remplace « les pinces à lentille de Maunoir, et celles à crochets du même chirurgien; parce qu'avec elle on « saisit les petits lambeaux flottants de la capsule « et les noyaux durs tout aussi bien qu'avec les « instruments sus-nommés; parce qu'enfin elle « peut, convertie en emporte-pièce, trouer l'iris « dans quelques cas d'opération de pupille artificielle, et servir pour enlever les vaisseaux variqueux de la conjonctive. »

i) *Extraction par la cornée.* — Nous extrayons les lignes suivantes d'un mémoire de M. Guépin, inséré dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines*. 1841.

« Nous opérons presque toujours par extraction, ayant abandonné l'abaissement, quoiqu'il soit d'une pratique beaucoup plus facile; nous nous servons pour couper la cornée d'un couteau à tranchant concave, et un peu long, ressemblant à un canif, mais présentant un talon beaucoup plus large. Avec ce couteau nous entrons parallèlement à l'iris dans la cornée à la hauteur du centre de la pupille, en commençant notre incision le plus près possible de la conjonction de la cornée à la sclérotique. — Quelquefois en passant devant la pupille, nous donnons un coup à la capsule lorsqu'elle se présente convenablement; puis, nous passons de l'autre côté et nous faisons sortir notre pointe le plus près possible de la jonction de la cornée à la sclérotique, de sorte que les deux points extrêmes de notre incision sont aux extrémités d'un diamètre de la cornée. Cela fait, nous inclinons légèrement le couteau vers nous, et nous coupons en sciant. Comme nos couteaux sont d'une excellente forme pour bien couper, ce dernier temps de la première partie de

l'opération est très-facile. — De cette manière la section de la cornée est très-grande, et cependant il s'écoule bien moins d'humeur aqueuse que par la section habituelle. Je réunis ainsi l'avantage de la section par la partie supérieure de la cornée aux avantages que donne pour les autres temps de l'opération, la formation d'un lambeau inférieur.

« Armé d'un petit couteau à lame très-étroite, j'incise ensuite dans l'espace pupillaire, que je voie ou ne voie pas la capsule. Je fais cette incision en haut de façon que les lambeaux de la capsule ne puissent gêner la vision à une époque ultérieure et former une cataracte secondaire.

« Cette partie de l'opération est bien facile par notre procédé ; si l'on a saisi notre manœuvre avec soin, on a dû remarquer que notre lambeau de la cornée ne descend pas beaucoup au-dessous de la pupille ; en effet, lorsque le lambeau est considérable et descend beaucoup, il est difficile, dans quelques circonstances, de ne pas piquer l'iris.

« La grandeur de notre incision est très-favorable à la sortie du cristallin. S'il est solide, nous l'amenons sur un crochet en or en le prenant inférieurement par-derrière ; autrement nous nous servons de la curette ; jamais nous ne pressons sur l'œil.

« L'extraction est souvent suivie, lorsqu'on fait usage du procédé ordinaire, d'un écoulement d'humeur vitrée et d'une diminution sensible du volume de l'œil ; la partie inférieure de la cornée qui reste en place d'après notre procédé diminue beaucoup ce vide et cet écoulement ; et s'il faut les premières fois un peu plus d'adresse pour ne pas blesser l'iris avec notre couteau, on y arrive ensuite avec la plus grande facilité : ajoutons que l'incision se fait merveilleusement au moyen de notre couteau. — Disons que nos incisions sont toujours suffisantes, et enfin que le défaut d'étendue de l'incision est l'une des causes les plus fréquentes de l'insuccès de l'extraction.

« Notre procédé a donc réellement, comme nous l'avons dit, le mérite de réunir les avantages de l'incision supérieure de la cornée, à la facilité de manœuvre que donne une incision pratiquée à la partie inférieure. Nous pouvons affirmer, quoique n'en ayant pas encore fait plus de 60 fois usage, que la cicatrice est plus facile et plus nette, parce que notre section ne présente pas de biseau.

« Voici les dimensions de notre couteau :

Longueur, 4 centimètres, 5 millimètres.
Largeur au milieu, 6 millimètres.
Largeur au talon, 9 millimètres.

Les dimensions de nos sections sont en moyenne celles-ci :

Diamètre du segment environ 3 millimètres de moins que celui de la cornée.
Hauteur du segment environ 4 millimètres.

« L'on voit par ce qui précède, que loin d'admettre avec M. Furnari que l'extraction doive être aujourd'hui presque complétement abandonnée, nous la regardons au contraire comme une méthode supérieure à l'abaissement, surtout lorsque l'on se sert de notre procédé. Cette manière de voir nous semble suffisamment justifiée par le succès de notre pratique pour nous porter à persister dans cette voie. »

Il arrive souvent chez les vieillards qu'après l'extraction du cristallin, la cornée s'affaisse, se plisse et présente un enfoncement au lieu d'une saillie. Quelque bien exécutée qu'ait été l'extraction, le malade ne voit pas. Voici comment M. le professeur Maunoir (*Bibliothèque universelle de Genève*) a remedié à cet inconvénient ; nous le laissons parler :.... « J'étais préparé à cet accident. J'avais de « l'eau distillée chauffée au bain-marie ; je fis cou- « cher mon malade, pour mettre sa tête sur un « plan horizontal, et je formai comme un petit lac « d'eau tiède sur toute la partie extérieure de la voûte « orbitaire, de manière que le globe de l'œil et les « paupières fussent complétement dans l'eau. Alors « je soulevai le lambeau de la cornée (l'incision « avait été faite en haut) ; l'eau pénétra dans les « deux chambres de l'œil, effaça les rides de la « cornée, lui rendit la convexité, et en même temps « au malade la faculté de distinguer les objets qui « étaient devant lui. »

M. Maunoir a obtenu le même succès dans un autre cas analogue.

Le docteur J. E. Mazalhoes Coutinha a consigné dans le *Jornal da Sociedade de Siencias medicas de Lisboa*, 1841, des observations sur la cataracte, extraites de la pratique de M. Fabini ; ce mémoire, intéressant par les faits qu'il renferme, est reproduit par le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (janvier 1842, p. 37).

Sur 500 individus atteints de la cataracte, 268 étaient du sexe masculin, et 232 du sexe féminin. Quant aux âges, voici les proportions observées par le docteur Fabini :

De	1	à	10	ans	14	individus.
»	11	»	20	»	16	»
»	21	»	30	»	18	»
»	31	»	40	»	51	»
»	51	»	60	»	102	»
»	61	»	70	»	172	»
enfin après			70	»	190	»

On voit que la disposition à la cataracte n'a pas été aussi grande jusqu'à quarante ans que de cet âge à une période plus avancée. Des 500 malades observés, 107 furent soumis à l'opération : 5 par la kératonyxie, 2 par la dépression et 100 par l'extraction. Deux de ces derniers avaient été opérés depuis peu de temps, par la kératonyxis, sur un seul œil.

Dans tous les cas où la kératonyxis fut pratiquée, la cataracte était molle, excepté chez un individu de 45 ans, où elle était laiteuse. Chez tous, le cristallin fut absorbé ; mais quand on examina les yeux à une lumière faible, on vit que la capsule du cristallin était un peu remontée, et pour cette raison M. Fabini ne se prononce pas en faveur de cette méthode. Les accidents secondaires furent peu différents de ceux qui suivent l'extraction.

Deux personnes avancées en âge, qui avaient les yeux enfoncés, furent opérées par la dépression. Ces individus avaient déjà éprouvé, à diverses reprises, des accès de goutte. Le résultat de ces opéra-

tions fut, chez l'un, la réascension du cristallin; chez l'autre, l'atrésie de la pupille.

Six des individus opérés par l'extraction ne furent pas observés jusqu'à la fin.

Les plus mauvais résultats de cette méthode se manifestèrent dans l'ordre suivant :

Chez	5	individus	de 31	à 40	ans,	1	fois
»	13	»	» 41	» 50	»	2	»
»	26	»	» 51	» 60	»	10	»
»	37	»	» 61	» 70	»	10	»
»	4	»	après	70	»	1	»

Les lésions secondaires, qui privèrent de la vue ces malades, furent les suivantes : Deux restèrent avec une amblyopie amaurotique; chez un, il fallut abandonner la capsule opaque, compliquée de la perte d'une grande quantité d'humeur vitrée, qui faisait hernie. Chez un autre il survint une amaurose complète, à la suite d'une perte très-considérable du corps vitré. Dans les autres cas, ce furent les accidents inflammatoires qui détruisirent la faculté de voir; 11 fois il y eut iritis, et 8 fois chémosis (?).

La complication la plus fâcheuse fut la goutte; 12 des individus chez lesquels l'opération ne fut pas suivie d'heureux résultats en avaient été atteints; un vieillard avait un œdème aux jambes; deux autres personnes, âgées aussi, avaient une disposition à l'hydropisie; une femme de 60 ans, non-mariée, avait un cancer au nez; et trois autres, âgées de plus de 50 ans, n'avaient point présenté de lésions apparentes avant d'être atteintes de la cataracte.

M. Fabini a vu des cas où certaines maladies, coïncidant avec la cataracte, n'invalidèrent d'aucune manière le résultat de l'opération : ce furent des affections rhumatismales et goutteuses; des céphalalgies très-antérieures au développement de la cataracte; une dartre farineuse générale chez un homme de 71 ans; une dartre à la tête chez un septuagénaire; une énorme tumeur enkystée au dos, laquelle était la cause directe de la cachexie dans laquelle tombait un homme de 74 ans; le marasme sénil chez 5 personnes âgées toutes de plus 60 ans, un homme et quatre femmes; la danse de St-Guy chez un jeune garçon de 18 ans, lequel éprouvait, en outre, un nystagme fréquent; l'idiotisme chez une fille de 40 ans; un ptérygion, qui ne s'étendait pas jusqu'au milieu de la cornée chez un homme de 50 ans; enfin, un corps étranger ayant la consistance de la corne et la forme d'une semence de carthame, qui existait depuis longtemps dans la conjonctive de la cornée. La malade, qui était une femme de 37 ans, dit qu'il était le résultat de l'instillation d'une eau blanche très-corrosive, dont elle s'était servie, espérant, par ce moyen, se guérir de la cataracte. Neuf jours après l'extraction du cristallin, on enleva le corps étranger; la cornée conserva sa transparence.

Quelques accidents inattendus se présentèrent pendant l'opération; ce furent les suivants :

L'incision de la cornée étant trop petite, il fallut l'agrandir avec les ciseaux de Daviel; cet inconvénient eut lieu chez 5 personnes; 2 d'entre elles conservèrent une lésion de la vue; mais il faut noter que ces malades avaient précédemment souffert de la goutte. Le prolapsus de l'iris ne put être réduit chez 2 patients, qui perdirent la vue. Il y eut procidence du corps vitré sur 10 opérés, et 2 d'entre eux furent privés de la vue; chez un, il était sorti une grande partie d'humeur vitrée, et chez l'autre il était survenu une iritis rhumatismale. Deux fois, par la violente contraction des muscles de l'œil, après l'incision de la cornée, le cristallin sortit subitement avec la capsule et une grande quantité d'humeur vitrée, sans qu'il en survînt d'inconvénient pour la vue du malade. La plaie de la cornée se guérit sans inflammation. Neuf fois il y eut blessure de l'iris, tant par le couteau, qui en blessa une portion, que par l'aiguille employée pour ouvrir la capsule : un sujet goutteux perdit la vue, en conséquence de cet accident. Le cercle ciliaire fut blessé chez un homme de 70 ans, qui avait éprouvé annuellement de fréquents accès de céphalalgie; une fièvre intermittente tierce se déclara deux jours après l'opération; la blessure du cercle ciliaire se cicatrisa complétement. Il arriva une fois que, chez un homme de 61 ans, au moment de la sortie de l'instrument à travers la cornée, la conjonctive, très-lâche, fut soulevée vers l'angle interne de l'œil, en forme de pli, lequel fut divisé par l'instrument; il en résulta une petite tumeur qui n'apporta point d'obstacle à la vision. Deux fois, après la sortie du cristallin, il se forma une bulle d'air au-dessous du lambeau de cornée, en face de la pupille, ce qui obscurcit momentanément la vision; chez un opéré cette bulle se dessipa à l'aide de frictions pratiquées pendant quelques minutes sur la paupière supérieure; chez l'autre, voyant que ce moyen ne réussissait pas, on laissa l'œil en repos; cet accident n'eut de suites fâcheuses ni pour l'un ni pour l'autre de ces malades. La cornée transparente fut blessée, une fois, en face de la pupille, par la faute de l'aide qui lâcha la paupière supérieure qui lui était confiée. Une autre incision fut pratiquée et l'opération fut achevée sans autre inconvénient; pendant les premiers jours qui la suivirent, le malade accusait une douleur qui augmentait lors des frottements de la paupière sur le globe. Après la cicatrisation de cette plaie, il disait voir les objets difformes; il ne survint aucune altération de la cornée, et au bout d'un an la vue était parfaite.

Après l'opération, M. Fabini applique un bandage aussi simple que possible; mais quelques-uns de ses opérés ont commencé aussitôt à se servir de l'œil; chez les sujets d'une bonne constitution, cette conduite n'a pas été nuisible. Un vieillard de 70 ans fut vu, quelques jours après l'opération, fumant une pipe ayant à peine la longueur du petit doigt, de sorte que la fumée venait en contact avec l'œil opéré; il ne voulut supporter aucun bandage pendant la durée du traitement; néanmoins il recouvra une vue excellente, sans avoir ressenti la plus légère ophthalmie.

La cornée fut incisée chez 54 cataractés, par la partie inférieure; chez 24 par la partie supérieure; chez 22 par la partie latérale externe. M. Fabini trouve que l'incision supérieure a l'inconvénient de retarder la cicatrisation par l'impression nuisible que doivent produire les contractions des paupières, qu'aucun moyen ne peut empêcher. Cet oculiste est un peu porté à croire que le prolapsus de l'iris,

qui eut lieu sur 3 malades pendant la durée du traitement consécutif, fut la conséquence de ce procédé opératoire. Le même accident peut avoir lieu chez les personnes qui ne consentent pas à avoir les yeux légèrement comprimés après l'opération.

L'incision latérale fut pratiquée, de préférence, chez les cataractés qui avaient les yeux saillants, et jamais on n'a observé que la séparation des lèvres de la plaie ait déterminé la procidence de l'iris.

Le docteur Fabini pratique l'incision avec le couteau de Beer. Quand elle est trop petite, il lui donne plus d'étendue, en se servant des ciseaux de Daviel.

On se sert communément, en Angleterre, dit le docteur Walker, de Manchester (*The Lancet*, 1841, *Nederl. Lancet*, septembre 1841), du couteau à cataracte de Beer; l'arête saillante du centre de la lame lui a paru gênante; il a trouvé commode d'inventer l'instrument de Tadini (celui sans arête bien entendu) tel qu'il se trouve représenté fig. 2, pl. 1, des *Recherches sur l'opération de la cataracte* par M. Carron du Villards. Disons cependant que la lame du couteau auquel M. Walker a donné son nom, est plus courte que dans l'instrument de Tadini, ce qui doit nécessairement le rendre infiniment plus difficile à manier.

k) Extraction par la sclérotique. M. Cunier avait émis, dans ses *Annales d'Oculistique*, (I, sept. 1839, II, p. 149), l'avis que l'extraction par la sclérotique a été abandonnée un peu légèrement; et il s'est livré à des essais dont les résultats ont été reproduits par M. Furnari, pages 260-262 de son *Traité des maladies des yeux*.

Un médecin italien, M. Pirondi, a publié (*Memoriale della Medicina contemporanea*, 1840) un mémoire dans lequel il s'efforce de faire prévaloir sur l'extraction par la cornée, la scléroticotomie, pour laquelle il propose un procédé nouveau. Il fait précéder la description de son instrument et de son procédé, d'un examen comparatif des dangers de la kératotomie et de la scléroticotomie. Ce n'est point comme méthode générale qu'il préconise cette dernière; il pense, comme à peu près tous les chirurgiens d'aujourd'hui, que l'extraction et l'abaissement ont chacun leurs indications, que l'art doit chercher à démêler; mais si l'extraction a été une fois résolue, il se demande quelle méthode est préférable pour la pratiquer. Il n'est guère de chirurgien moderne qui ne répondît d'une manière péremptoire à cette question : l'extraction par la conée est de beaucoup préférable, et n'appuyât sa préférence des grands dangers qu'on affronterait en parvenant au cristallin par la sclérotique.

Cette opération n'est pas inconnue dans la science; avant les essais de M. Cunier rappelés ci-dessus, on connaissait ceux de Benjamin Bell, James Earle, Lebel, Quadri, Juengken. Voici comment M. Pirondi établit la supériorité de la scléroticotomie : nous transcrivons l'analyse de la *Gazette médicale*.

« Il réduit les dangers de la kératotomie aux suivants :

« 1° La mobilité de l'œil et quelquefois la dureté de la cornée, qui font courir à l'opérateur le plus habile le risque de blesser l'iris ;

« 2° Souvent la pression du cristallin contre la face postérieure de l'iris non dilaté, malgré l'emploi de la belladone, détache cette membrane à sa circonférence dans une étendue plus ou moins grande ;

« 3° La cicatrice de la cornée, quoiqu'habituellement linéaire, peut quelquefois s'étendre assez pour gêner l'entrée des rayons lumineux ;

« 4° L'habileté la plus extrême ne peut éviter l'écoulement d'une certaine quantité des humeurs de l'œil; sans discuter la reproduction de l'humeur aqueuse, M. Pirondi établit comme chose certaine que, dans les opérations suivies d'un heureux résultat, l'œil a perdu une moindre quantité d'humeur que dans les cas malheureux ;

« 5° Rarement on s'en tient à un seul instrument pour l'extraction faite par la cornée; quelquefois l'insuffisance de la plaie faite à celle-ci oblige de revenir à deux fois pour l'agrandir, chose qui n'est pas indifférente pour un organe aussi délicat; et si, en voulant éviter cet inconvénient, on pratique d'abord une grande incision, on court le risque de perdre beaucoup d'humeur, accident que tous craignent, et M. Maunoir (de Genève), en particulier, qui propose l'instrument de M. Carron du Villards pour agrandir la plaie de la cornée quand elle n'est pas suffisante;

« 6° Enfin, la capsule reste presque toujours en place, soit entière, soit en partie, et peut devenir par la suite un nouvel obstacle à la vision, ce qui ne peut arriver dans l'extraction par la sclérotique, puisque la capsule est enlevée avec le cristallin.

« De ces six inconvénients inhérents à l'extraction par la cornée, quatre, suivant M. Pirondi, sont étrangers à l'autre opération, qui n'a de commun avec la scléroticotomie que le quatrième. On peut y ajouter le danger de blesser l'artère ciliaire longue, d'autant plus que la plaie faite à la sclérotique doit être assez large ; mais comme pour l'abaissement, il est un moyen sûr d'éviter ce danger, c'est de n'ouvrir la membrane qu'au-dessous de l'axe transversal de l'organe; si l'on reprochait aussi à l'opération dont il s'agit de ne pouvoir faire l'extraction du cristallin dans les cas de grande mollesse de la cataracte, le reproche s'adresserait tout aussi bien et plus à la kératotomie, car nous verrons, en décrivant l'opération, que pendant sa durée, le chirurgien peut reconnaître cet état, s'il ne l'a point fait avant, et alors pratiquer une espèce d'abaissement sans largement ouvrir la sclérotique.

« Avant d'entrer dans la description de l'instrument et du procédé opératoire, nous ferons remarquer que parmi les dangers reconnus par M. Pirondi à la méthode ordinaire d'extraction, il omet le plus redoutable, celui qui épouvante à tel point les chirurgiens les plus habiles, qu'ils relèguent l'extraction dans le domaine des exceptions ; nous voulons parler de l'inflammation, dont la suite presque inévitable est la perte de l'œil. Les conditions sont les mêmes dans les deux cas pour sa production : des deux côtés, large plaie qui fait communiquer l'intérieur de l'organe avec l'extérieur; des deux côtés, nécessité, pour l'oblitération de cette plaie, d'une inflammation adhésive dont la marche peut être entravée par une foule de causes dont quelques-unes, connues, peuvent être évitées, mais dont la majeure partie nous échappe. Ajoutons que la plaie

faite par la sclérotique s'adresse à des membranes très-délicates; relativement à l'issue des humeurs de l'œil, la théorie semble indiquer qu'elle est plus facile et plus directe quand la sclérotique est incisée, surtout dans ces cas difficiles, impossibles même à prévoir, où le corps vitré, ayant perdu sa consistance, s'élance d'un seul jet au-dehors, avec ou sans le cristallin. La présence de l'iris et de la capsule elle-même sont sans contredit des obstacles que l'humeur vitrée doit franchir avant de s'échapper, et qu'elle ne rencontrera point dans la sclérotico-tomie.

« Nous n'oublions pas d'ailleurs que nos objections sont théoriques; mais elles sont bien excusables, ne s'adressant ainsi qu'à une méthode théorique.

« *Description de l'instrument.* — Nous ne prétendons donner à nos lecteurs qu'une idée de l'instrument de M. Pirondi, les descriptions les plus exactes n'équivalant pas en pareil cas au plus simple examen. Qu'on se figure un lithotome simple dont le volume soit approprié au volume de l'œil, et terminé à son extrémité libre par une petite lame transversale et mobile sur les plaques qui cachent le lithotome. Ce dernier peut s'écarter plus ou moins, suivant la volonté du chirurgien, des lames qui le cachent, à l'aide d'un levier placé à la réunion du manche et de la lame. Enfin, un autre mecanisme sert à faire mouvoir le petit tranchant transversalement placé à l'extrémité de l'instrument, et c'est à l'aide de ce mouvement que le cristallin et la capsule, traversés d'abord, sont accrochés et peuvent être ramenés au-dehors.

« *Premier temps de l'opération.*—Le malade et l'œil, préparés comme pour l'abaissement, le chirurgien tenant l'instrument avec les trois premiers doigts de la main droite, en présente la pointe perpendiculairement au plan tangent à la sclérotique, pendant que le grand axe de l'instrument est parallèle à celui du corps. La pointe doit traverser la sclérotique, au lieu d'élection pour l'abaissement.

« *Deuxième temps.*—Le chirurgien fait manœuvrer à l'extérieur le manche de l'instrument, comme l'aiguille à cataracte. Dans ce temps, la pointe passe entre l'iris et la capsule cristalline.

« *Troisième temps.*—La pointe est tournée vers le cristallin, qu'elle embroche en traversant la capsule; alors, à l'aide d'un ressort, la pointe, entraînant avec elle le cristallin et la capsule est emprisonnée.

« *Quatrième temps.*—Par de légères tractions, le cristallin est détaché des corps ciliaire et vitré, puis entraîné vers la plaie de la sclérotique, qu'alors seulement agrandit le lithotome ouvert au degré convenable, par la pression du pouce, sur le levier adapté à la base de sa lame.

« Si, dans le troisième temps de l'opération, on reconnaît la mollesse du cristallin, on peut le broyer en place avec la pointe de l'instrument, que l'on retire alors sans l'ouvrir, ou que l'on peut retirer d'abord et se servir de la voie qu'il a tracée pour conduire une aiguille ordinaire dans l'œil.

« La sclérotico-tomie, telle qu'elle est décrite dans les livres d'opérations, se pratique simplement avec un kératotome ordinaire et une petite pince. Cette dernière traverse la plaie de 3 ou 7 millimètres faite à la sclérotique par le kératotome pour aller chercher le cristallin. L'instrument de M. Pirondi sert à tous les temps de l'opération; mais, outre qu'il est compliqué, nous ne savons jusqu'à quel point on peut compter sur lui pour saisir et retirer, sans les déchirer, le cristallin et sa capsule. »

M. Sichel a adopté pour les cataractes capsulaires secondaires, l'extraction par la sclérotique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1841). « L'extraction par la cornée, dit-il, devient toujours très-épineuse, à cause de la difficulté de charger d'avant en arrière, à l'aide de la pince ou de l'érigne, la membrane opaque non adhérente; elle fuit le plus souvent en arrière, et n'est saisie qu'après beaucoup de tentatives infructueuses. Une procidence de l'iris, suivie de staphylôme de cette membrane, d'irrégularité, de rétrécissement, voire même quelquefois d'oblitération de la pupille, peut être la suite fâcheuse de cette méthode. Pour éviter d'une manière sûre ces inconvénients, nous avons souvent songé à pratiquer l'extraction de la capsule opaque par la sclérotique.

« On sait que Bell et Earle, en Angleterre, M. Quadri, en Italie, et dernièrement encore M. Sirus-Pirondi, ont proposé et exécuté sur le vivant, à l'exception de ce dernier, l'extraction de la cataracte lenticulaire primitive par la sclérotique. Si leurs essais n'ont pas eu un succès suffisant pour encourager d'autres chirurgiens à les imiter et pour empêcher les trois premiers de ces chirurgiens d'abandonner cette méthode, cela semble tenir en partie aux inconvénients généraux d'une vulnération assez étendue du globe oculaire, de l'inflammation qui doit s'ensuivre et de la sortie d'un corps volumineux comme le cristallin entre les lèvres de la plaie (1). D'autre part, le danger de cette méthode m'a paru résulter de la direction verticale donnée à la section de la sclérotique par les chirurgiens qui l'ont pratiquée sur le vivant. Il en est résulté, en effet, que les contractions du muscle droit externe éloignent toujours la lèvre externe de la plaie de l'interne qui est adhérente à la cornée; que ces contractions, comprimant en même temps les humeurs contenues dans la coque oculaire, leur communiquent une tendance à s'échapper par les lèvres de la plaie, circonstances fâcheuses, dont la réunion doit puissamment augmenter les chances d'inflammation, de suppuration et de fonte de l'œil.

« Il devra en être autrement, me dis-je, si, au lieu d'un cristallin volumineux, *on n'extrait qu'une capsule mince* ou un lambeau de cette membrane; si, au lieu d'une section étendue, *on ne fait qu'une ponction le plus limitée possible*, et si, en outre, au lieu de verticalement, l'ouverture de la membrane fibreuse est faite *transversalement*, parallèlement aux fibres du muscle droit externe, dont les contractions alors n'écarteraient plus l'une de l'autre les lèvres de la plaie.

« L'hyaloïde étant toujours plus ou moins déchirée, et le corps vitré plus ou moins ramolli ou li-

(1) Nous renverrons, pour les accidents consécutifs à l'extraction par la sclérotique, à ce qu'en a dit M. Cunier (Ann. d'Oculistique, vol. II, p. 149-150.)

quéfié par suite des opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille, je pensai qu'il serait nécessaire, en même temps, de pratiquer la ponction de la sclérotique *le plus haut* possible; qu'on devrait choisir *les pinces les plus fines*, éviter tout mouvement brusque, trop étendu, de cet instrument, dans la crainte de produire à la fois un écartement trop considérable des lèvres de la plaie et une contraction soudaine et trop violente des muscles oculaires. Par ces moyens, on préviendrait une perte trop grande des liquides contenus, perte suivie d'affaissement de l'œil avec ou sans inflammation violente. »

Suivent quatre observations pratiquées dans la même quinzaine avec un succès complet, et qui prouvent que cette nouvelle méthode opératoire, exécutée d'après les règles tracées *à priori* par M. Sichel, a en effet les avantages qu'il lui supposait, et qu'il est permis d'espérer qu'après des essais répétés, on la reconnaîtra pour une acquisition réellement utile dans le domaine de l'oculistique. Ajoutons que cette méthode sera applicable toutes les fois que l'abaissement de la cataracte capsulaire secondaire sera impossible, à l'exception toutefois des cas d'adhérences trop étendues et de rétrécissement pupillaire notable, cas dans lesquels il faudra avoir recours à l'opération de la pupille artificielle.

l) Influence de l'opération de la cataracte.— Un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique* avait posé cette question (vol. II, p. 51): *Quelle est l'influence qu'exerce l'opération de la cataracte sur la vie de ceux qui la subissent?* D'après lui, les opérés de la cataracte perdraient la gaieté, seraient pris de spleen, et enfin la mort les atteindrait au bout de peu d'années.

MM. Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, *Ann. d'Oculist.*, II, p. 159), Maunoir, de Genève (*Ann. d'Oculist.*, II, p. 227), Pamard, d'Avignon (*Ibidem*, p. 230), Cambrelin (*Ibidem*, III, p. 165), Carron du Villards (*Ibid*, p. 41, *l'Esculape* 1840), ont combattu, par des faits nombreux et authentiques, l'opinion de M. X***.

Le docteur Hartmann rapporte (*Henke's Zeitschrift*, 1840), l'histoire d'un homme qui était complétement aveugle depuis 36 ans, par suite de cataracte. La dépression a été pratiquée sur le seul œil qui restait (l'autre était atrophié) : deux mois après, l'opéré pouvait lire et écrire. Ce fait offre cela de remarquable que, ainsi que le fait observer avec raison M. Chélius (*Traité cit.*, II, p. 226), la rétine et le nerf optique, inactifs pendant longtemps par une cataracte complétement développée, deviennent souvent presque insensibles; le cataracté de M. Hartmann a, lui, récupéré par l'opération une vue qui lui permettait de lire et d'écrire, résultat que l'on est loin d'obtenir toujours, même chez des individus aveugles depuis peu de temps.

Un médecin suisse, M. Berger (*Schweiz. Zeitsch. Ann. d'Ocul.*, I, p. 392), a vu l'aliénation mentale survenir chez une femme de 63 ans, qui avait recouvré la vue par l'opération de la cataracte; elle fuyait les hommes et la lumière.

11) *Glaucôme.* — Les *Annales d'Oculistique* avaient mis au concours, pour 1840-41, la question suivante :

Qu'est-ce que le glaucôme? Avec quelles maladies peut-il être confondu? Insister sur son diagnostic différentiel. Faire connaître son traitement.

La rédaction a reçu deux mémoires en réponse à cette importante question. Celui de M. le docteur Warnatz, de Dresde, a été couronné.

Ce travail, qui paraîtra dans le journal de M. Cunier, est surtout remarquable par les recherches d'anatomie pathologique auxquelles s'est livré l'auteur, et par le soin tout particulier qu'il a mis à tracer exactement le diagnostic différentiel.

Nous nous étions proposé de donner une analyse complète du mémoire de M. Schroeder Van der Kolk (*Anatomisch pathologische opmerkingen*, *etc. over het Glaucoma*), inséré dans le 1er fascicule des *Verhandelingen van het Genootschap ter bevordering der Genees-en Heelkunde te Amsterdam* (1841); mais nous avons vu dans le dernier cahier des *Annales d'Oculistique* (VI, p. 121), que M. Sichel allait se livrer à l'appréciation de ce travail, et nous avons abandonné notre projet.

Le mémoire que publie en ce moment M. Sichel, dans les *Annales d'Oculistique*, doit être mentionné par nous. Cet écrit, dont la partie historique n'a pas encore paru, constitue une monographie complète — selon la vraie acception de ce mot — du glaucôme. L'auteur s'est attaché à prouver que cette affection a son point de départ dans une choroïdite.

12) *Hydrophthalmie.*— Un cas remarquable d'hydrophthalmie a été rapporté par M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, vol. IV, p. 244).

M. O'Beirne ayant publié dans la *Dublin medical Press* plusieurs cas de cette maladie, un, entre autres, qui a été reproduit dans la livraison de juillet 1840 des *Annales d'Oculistique*, a été mis en demeure par plusieurs chirurgiens anglais de faire connaître les signes à l'aide desquels il avait pu sûrement distinguer cette maladie de l'exophthalmie.

Le chirurgien irlandais établit ainsi sa doctrine à cet égard. Selon lui, il n'y a aucun moyen direct de comparer le globe oculaire saillant ou élargi au globe oculaire sain; car celui-ci, placé profondément, échappe à toute mesure; mais les caractères suivants, empruntés à la paupière supérieure, lui paraissent suffisants pour établir ce diagnostic dans les cas obscurs.

Dans toutes les exophthalmies qu'il a observées, et elles sont en grand nombre, sans distinctions de causes, dans un cas représenté par M. Benjamin Travers (*Diseases of the Eye*, p. 225), dans un cas opéré par le professeur Todd; dans deux autres que l'auteur tient de M. Adams, et dans tous ceux qu'il a trouvés dans les auteurs, sauf M. Travers, qui a négligé, dans une observation, de noter ce caractère, toujours l'auteur a trouve la paupière abattue sur l'œil, qu'elle recouvre en grande partie. A cette espèce de chute de la paupière se joignent plus ou moins de paralysie, un œdème notable, une coloration rouge livide, et un grand nombre de veines variqueuses parcourant en tous sens les paupières.

Nous devons ajouter que, dans les cas cités par M. O'Beirne, il se trouve quatre cas d'exophthalmie dépendant de cancer de la glande lacrymale et un de

cancer du cerveau, qui avait envahi l'orbite.

Dans l'hydrophthalmie elle-même, les choses sont différentes; qu'elle soit générale, qu'elle soit partielle et bornée à la chambre antérieure, l'œil reste plus à découvert que dans l'état normal; la paupière supérieure est refoulée en haut et en arrière; mais ni sa coloration, ni son épaisseur n'ont changé. M. O'Beirne affirme que ces différences dans la paupière permettent de distinguer sûrement les deux maladies.

M. le docteur Fréd. Pauli (de Landau) a recueilli l'observation (*V. Ammon's Monatschrift* I), que nous allons transcrire; elle doit fixer l'attention sous plus d'un rapport :

Obs. — Une femme de 30 ans, mère de quatre enfants plus ou moins scrofuleux, toujours bien portante, robuste, blonde, sanguine, fut atteinte en 1834, de la dyssenterie alors régnante; après huit jours elle était rétablie. Six semaines plus tard, manque de menstruation; une grossesse est soupçonnée. A la fin d'octobre, oppression de poitrine, toux intense, sèche, battements de cœur, abattement général; urines rares et très-rouges, léger œdème des pieds, appétit bon, sommeil naturel; vers le soir, pouls un peu accéléré; chaleur piquante des mains, amaigrissement Cette femme avait beaucoup de soucis à cause de la maladie de l'une de ses filles. Les yeux éprouvèrent bientôt un changement remarquable; de bleus, de bien formés qu'ils étaient, ils augmentèrent peu à peu de volume, et le regard devint fixe, sérieux et effrayant; les paupières pouvaient à peine couvrir les globes. Ni inflammation, ni rougeur, ni douleur. Iris de couleur naturelle, pupille se dilatant et se resserrant lentement, plus ouverte qu'à l'état normal, mais nullement angulaire ou ovale. La cornée, poussée fortement en avant, n'adhérait nulle part à l'iris. La sclérotique, dans la voisinage de la cornée, paraissait bleuâtre, mate, un peu striée, comme du gros de Naples. Toutes les parties de l'œil étaient en général uniformément agrandies. En écartant fortement les paupières, on trouvait la partie postérieure du globe ni plus petite ni plus grande. Les milieux réfringents avaient conservé leur transparence. Les bulbes étaient durs au toucher. La malade, sans avoir de douleurs, se plaignait d'une tension qui lui faisait paraître les cavités orbitaires trop petites. Il existait une myopie assez prononcée, et les objets placés dans le lointain apparaissaient couverts d'un nuage, plus grands, quelquefois doubles. — Les symptômes de la poitrine, en rapport de causalité avec l'hydrophthalmie, portèrent à employer la digitale; après quatre semaines la malade était rétablie; la vue est redevenue bonne et normale, mais les yeux ont conservé une expression d'un hagard tout particulier, et leur état est resté tel qu'il a été décrit plus haut.

Nous croyons pouvoir affirmer avec M. Pauli que l'hydrophthalmie était due dans ce cas à la cessation trop prompte de la dyssenterie. La digitale, qui a si rapidement agi contre la maladie de la poitrine, est restée sans aucun effet sur l'hydrophthalmie. Après avoir inutilement mis en usage une foule de moyens locaux ou internes, M. Pauli a proposé la ponction, mais elle a été repoussée par la malade, toute anomalie visuelle ayant cessé.

D'après M. Bruck (d'Osnabruck), l'hydrophthalmie surviendrait souvent chez la femme comme complication de chlorose et surtout d'hystérie (*Casper's Wochenschrift*, 11 juillet 1840); la cessation des règles, ou le retard dans leur apparition à l'époque de la puberté, la précéderaient.

13) *Hypopion.* — Selon M. Schindler, de Greifnberg (*von Ammon's Monats.*, I), on ne doit pas recourir à la ponction de la cornée dans l'hypopion; il appuie son opinion sur plusieurs faits qu'il signale, où l'absorption a eu lieu par les seules forces de la nature. Deux fois, il a vu la cornée se perforer, et l'épanchement purulent être évacué par l'ouverture accidentelle.

14) *Hémophthalmie.*—Voilà un sujet sur lequel il reste immensément à dire, bien que les recherches de M. Carron du Villards, publiées dans la *Gazette médicale de Paris* (*Annales d'Oculistique*, I et II, *Encyclographie*, 1838 et 1840), l'aient considérablement éclairé. Le mémoire de M. Béger, de Dresde, couronné par les *Annales d'Oculistique*, et qui va être inséré dans ce journal, fera mieux connaître cette partie si négligée de la pathologie oculaire.

Le docteur Maslieurat-Lagemard a traité, dans ces derniers temps (*Archives générales de médecine*, 1841), de l'ecchymose de l'œil et des paupières comme moyen de diagnostic dans les plaies de tête.

L'auteur rappelle d'abord l'existence du feuillet aponévrotique qui s'étend du pourtour de l'orbite aux cartilages tarses, et qui sépare le tissu cellulaire intra-orbitaire et sous-conjonctival d'avec le tissu cellulaire des paupières. Lors donc que, par le fait de contusion ou de plaie, du sang s'épanche sous l'aponévrose occipito-frontale, il pourra bien venir constituer une ecchymose dans l'épaisseur des paupières, mais jamais il n'infiltrera le tissu sous-conjonctival. Si la tache sanguine paraît de bonne heure aux paupières et s'y manifeste avant qu'on puisse la voir sur la peau qui est entre l'orbite et le lieu où existe la plaie, c'est à cause de la texture fine et de la transparence du tégument palpébral. Il va sans dire que si le point contus était placé à la partie postérieure du crâne, ce serait sous la peau du cou que se propagerait l'extravasation du sang.

Quant aux ecchymoses sous-conjonctivales, elles reconnaissent deux causes distinctes : 1° une contusion ou une déchirure des vaisseaux de l'œil ou de la conjonctive; 2° un amas de sang dans la cavité orbitaire, quel que soit le lieu d'où il y est conduit. Lorsque l'ecchymose sous-conjonctivale apparaît à la suite d'un coup sur l'œil, c'est une preuve que la violence n'a pas borné son action aux paupières, et que le globe oculaire lui-même a été contus. Quant au contraire il existe une fracture du crâne, l'ecchymose envahit d'abord la conjonctive; et, bien qu'elle puisse s'étendre consécutivement au tissu cellulaire palbébral, après avoir percé l'aponévrose qui est entre lui et le tissu cellulaire intra-orbitaire, l'époque différente de sa formation ne permet pas de la confondre avec celles qui tiennent à une lésion des parties extérieures du crâne. Notons encore que, dans le cas de fracture, c'est la paupière qui devient le plus souvent le siége de l'infiltration sanguine.

Nous mentionnerons ici deux faits, qui eussent peut-être mieux trouvé leur place dans une des parties précédentes de notre travail. Il s'agit de deux cas d'hémorrhagie de la conjonctive rapportés par le docteur Hocken (*London Med. Gazette*, août 1840).

Obs. I. — Un enfant est présenté à l'infirmerie oculaire (West of England Eye-infirmary) pour être traité d'une ophthalmie purulente datant de plusieurs jours, et accompagnée d'une abondante sécrétion; les cornées cependant sont transparentes. Le lendemain de son entrée un écoulement sanguin a lieu par les deux yeux; le sang sort, mêlé à de la matière purulente, de la surface de la conjonctive. Cette membrane est profondément injectée et ecchymosée.

Obs. II. — Dans un autre cas, il s'agit d'un enfant de quatre ans, scrofuleux, atteint de bronchite. Les deux yeux se sont congestionnés; la conjonctive est devenue ecchymosée et a laissé écouler lentement beaucoup de sang de sa surface. Quelques lotions astringentes ont suffi pour dissiper ce symptôme.

A l'occasion de ces faits, M. Rognetta a publié les réflexions suivantes (*Gazette des Hôpitaux*, 1840 n° 110) :

« Dans la première de ces observations, il s'agit « d'une circonstance facile à apprécier : l'enfant « était atteint d'ophthalmie purulente, c'est-à-dire, « de phlogose au plus haut degré (hyperphlogose), « puisque les tissus enflammés sécrétaient du pus. « Or, il est facile de comprendre que le même de- « gré de violence morbide peut tellement conges- » tionner le sang dans les capillaires de la conjonc- « tive qu'il soit forcé d'en sortir, de s'extravaser. « C'est ce qui arrive dans la maladie si fréquente « qu'on appelle chémosis ; seulement, dans ce cas, « le sang s'extravase dans le tissu cellulaire sous- « conjonctival, tandis que dans le fait dont il s'a- « git, l'extravasation a eu lieu probablement aux « deux faces de la conjonctive, et plus particulière- « ment à la face antérieure. Cette circonstance « confirme parfaitement la doctrine de Lobstein « sur les phlogoses, c'est-à-dire, qu'il est un certain « degré de cette maladie dans lequel le sang quitte « les vaisseaux, et ce degré il l'a appelé *métaphlo-* « *gose*. L'hyperphlogose est un degré au-dessus de « la métaphlogose, puisque les tissus sécrètent du « pus, et la métaphlogose est un degré supérieur « de l'épiphlogose, puisque, dans cette dernière, « au lieu de sang, les tissus ne sécrètent que de la « fibrine ou de la lymphe plastique, tandis que « dans un degré plus élémentaire, la matière sé- « crétée est tout simplement du sérum, comme « dans la plupart des hydropisies. Ces quatre de- « grés se rencontrent dans la conjonctive comme « dans les autres tissus, et leur connaissance con- « duit à des conséquences pratiques importantes, « qu'un manque de réflexion a fait méconnaître « jusqu'à présent.

« On ne confondra pas cette espèce d'hémorrha- « gie de la conjonctive, qui se rencontre surtout » chez les enfants nouveau-nés, avec celle qui a « lieu sans phlogose, comme dans la seconde ob- « servation. On a vu des femmes dont les règles, « supprimées par les voies naturelles, s'effectuaient « par les vaisseaux de la caroncule lacrymale et de « la conjonctive. L'apoplexie oculaire a lieu quel- « quefois de cette manière par exosmose des vais- « seaux du corps ciliaire et de la face postérieure de « l'iris, qui sont en continuation avec le plexus san- « guin de l'œil, la choroïde. Dans tous ces cas les « saignées du bras sont fort utiles. »

La variété d'hémophthalmie à laquelle appartiennent les faits commentés par M. Rognetta, est désignée par les Allemands sous le nom de *Bluttweinen*, *Thränenbluttfluss;* Schmidt l'a appelée *Dacryohaemorrhosis;* d'autres lui ont appliqué la dénomination de *Haematodacrysis*. M. le docteur Kersten, de Magdebourg, en a donné une monographie dans le *Rust's Magazin* (1841, Bd 50, h. 1). Selon ce praticien, la source de cette hémophthalmie est double ; elle peut-être due 1) à une sécrétion de « *larmes sanguines* » provenant de la glande lacrymale ; 2) à une hémorrhagie provenant des vaisseaux du bulbe, des paupières ou de la caroncule lacrymale. Le premier genre est excessivement rare ; il a été observé par Schmidt, Berndt, von Raimann, etc, « dans les congestions de la glande lacrymale, qui se remarquent dans le scorbut, la fièvre typhoïde, l'ictère. » M. Kersten divise les hémorrhagies du second genre, en *a*) idiopathiques, *b*) substitutives d'autres hémorrhagies, *c*) symptomatiques de certaines ophthalmies. Les premières sont rarement observées ; on a vu les secondes remplacer les flux hémorrhoïdal et menstruel. Pour ce qui est des troisièmes, elles se montrent dans quelques ophthalmies purulentes, surtout dans celles des nouveau-nés, et chez les cachectiques.

15) *Fongus médullaire de l'œil.* — M. Broers, professeur à la Faculté de médecine de Leide, dans une communication faite à la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam, et que nous ne connaissons malheureusement que par quelques lignes du compte-rendu des travaux de cette compagnie (p. 13 des *Verhandelingen*, etc., citées plus haut), s'est longuement occupé du fongus médullaire de l'œil. Espérons que le savant chirurgien hollandais livrera son travail à l'impression ; la science et l'humanité y trouveront leur compte. Les faits d'anatomie pathologique qu'il a rassemblés jetteront sans doute un grand jour sur la question.

M. Cunier donne (*Ann. d'Oculist.*, VI, liv. 4) l'histoire d'un fongus médullaire, ayant débuté sur l'œil droit, lequel a été extirpé, et qui s'est ensuite manifesté à l'œil gauche et a été suivi de mort. L'œil extirpé a été remis à M. Gluge, qui en a donné une description anatomique détaillée (*Anatomisch mikroskopische Untersuchungen zur allgemeinen und speciellen Pathologie*. Jena, 1841. Zweites Heft.) M. Gluge a cru devoir donner à la dégénérescence qu'il a examinée au microscope, le nom de *Iridoplasma* (p. 38), à cause des variétés de coloration qu'elle présentait, et pour la distinguer du fongus médullaire ordinaire, dont elle différait complétement.

M. Heyfelder (*v. Ammon's Mon.*, 1840, p. 390), a dû extirper, presque au début du mal, un œil affecté de fongus médullaire ; l'enfant, âgé de 18 mois, a

survécu. L'examen anatomique de l'œil enlevé est rapporté dans les termes suivants :

La conjonctive était bousoufflée et décolorée, la cornée trouble et ratatinée; il n'existait plus la moindre quantité d'humeur aqueuse; l'iris était décoloré, et touchait la cornée; il ne restait plus qu'une strie étroite (schmalen Streifen) de pigment; le cristallin était opaque et ramolli ; derrière lui existait une masse difforme, glauque (grünlich-trube), sale. M. Heyfelder se demande si c'était là une dégénérescence du corps vitré. Cette masse était entourée de la choroïde Entre cette membrane et la sclérotique, qui n'était pas altérée, se trouvait une couche de fongus médullaire adhérant intimement avec la partie postérieure de la sclérotique, recouvrant également sa face externe et se continuant jusque dans le voisinage de l'iris. Le fongus avait l'aspect d'une masse épaisse et lardacée, d'une couleur uniformément rougeâtre ; on y remarquait deux cavités vides. Le nerf optique se laissa facilement détacher de la masse qui l'entourait ; il n'était pas altéré ; il présentait une petite tache noire, dans le voisinage du globe.

M. Rapp, professeur à Tubingue, a examiné la production au microscope : le fongus se composait de globules pas tout à fait réguliers, d'une grosseur inégale ; leur intérieur renfermait quelques nucléons. M. Rapp pense que l'on a eu ici affaire à la première variété du carcinôme médullaire de Müller. On ne trouva pas les corpuscules à queue (geschwanzten) que M. Valentin a notés dans le fongus médullaire, et que M. Rapp a aussi rencontrés une fois.

Un journal hollandais (1) renferme l'observation suivante, rapportée par M. Van der Hegge Zynen, chirurgien à La Haye.

Obs. — Une fille de deux ans, née de parents scrofuleux, avait été atteinte plusieurs fois, depuis quelque temps, d'ophthalmie scrofuleuse de l'œil droit; une médication altérante, divers autres moyens fort convenables avaient été mis en usage avec un succès apparent. Mais bientôt les symptômes s'accrurent, des taies recouvrirent la cornée, qui perdit entièrement sa transparence. Les moyens employés n'enrayèrent pas le mal. Le globe ne tarda pas à augmenter du volume; il y eut exophthalmie. On crut à une hydrophthalmie ! ! ! Cet état ne dura point; sous l'influence d'un collyre saturé de teinture de galbanum, le globe revint peu à peu sur lui-même, reprit enfin son volume naturel; la vision était presque totalement abolie.

Peu de temps après, on s'aperçut que l'œil diminuait sensiblement de volume, comme si une véritable atrophie allait survenir. Les membranes s'altérèrent dans leur couleur et leur structure anatomique. La cornée devint jaunâtre et s'affaissa ; il se manifesta un ptosis de la paupière supérieure ; on crut que l'œil serait absorbé insensiblement. (*Men meende dat hier langzamerhand absorptie van het oog zou plaats hebben*) ; mais tout à coup il se développa une violente inflammation accompagnée d'une forte rougeur et d'augmentation de volume des parties encore contenues dans l'orbite. Le traitement fut aussi dérivatif et aussi antiphlogistique que possible. La cornée disparut entièrement, le globe prit un aspect sarcômateux, proémina bientôt hors des paupières et prit le caractère d'un fongus de mauvaise nature, surtout sous l'influence de son exposition à l'air. Une ulcération d'un mauvais caractère prit la place de la cornée ; elle augmenta jusqu'à la mort.

L'aspect extérieur du cadavre offrit les particularités suivantes : émaciation considérable ; couleur jaune-terreuse (vaal-gele) de la peau. — L'œil droit était converti en une masse bosselée, multicolore ; l'œil gauche, dont on voyait les membranes, offrait en son centre une tumeur spongieuse du volume d'une noisette, sortant des paupières. Le côté droit du cou et de la face présentait une tuméfaction dure, bosselée, bleuâtre. La région hypogastrique était légèrement gonflée et dure au toucher ; les extrémités inférieures œdématiées.

Ouverture du cadavre. Les os du crâne étaient durs, épais, très-blancs ; leur face interne était recouverte de petites plaques d'une couleur rouge foncé. L'auteur dit que ces plaques sont pour lui une démonstration de l'état de maladie des vaisseaux qui unissent la table interne du crâne et la dure-mère ; c'est là, dit-il, ce qui constitue une angiectasie, état désigné par plusieurs auteurs, entre autres par Hodgson, sous le nom d'anévrysme par anastomose. — Des plaques analogues existaient à la surface externe de la dure-mère ; vues à la loupe, elles avaient une apparence spongieuse (sponsachtig) ; ces plaques étaient plus nombreuses à l'union de cette membrane avec le plancher supérieur de l'orbite, surtout du côté gauche. — Cette membrane était d'ailleurs saine dans toute son étendue ; entre elle, l'arachnoïde et la pie-mère, il existait de la sérosité en plus grande abondance que dans l'état naturel. Cette sérosité était surtout plus abondante entre la pie-mère et le cerveau ; on ne trouva aucune altération pathologique visible dans le cerveau ; les nerfs optiques étaient sains.

La voûte orbitaire supérieure ayant été enlevée, on découvrit dans l'orbite du côté droit les restes de l'œil qui étaient convertis en une masse dure et puante (stinkende). Le nerf optique était entièrement séparé (*afgescheiden*) du globe. Le périoste de l'orbite et des paupières était sain. La sclérotique put être reconnue à gauche ; on put difficilement retrouver la choroïde. Les autres membranes et les humeurs de l'œil avaient entièrement disparu et étaient converties en une masse diversement coloriée. La tumeur de la partie droite du cou et de la face n'était rien autre qu'une dégénérescence de la parotide, dont on ne retrouva aucun vestige.

Diverses altérations furent notées dans la cavité abdominale.

Telle est l'observation rapportée par M. Van der Hegge Zynen ; nous avons fidèlement traduit sa relation. Nous n'acceptons pas pour nous le vague qu'elle présente. — D'après le chirurgien de La Haye, ce cas est surtout remarquable à cause de la non-altération des nerfs optiques à l'intérieur du crâne, bien que la mort ait été le résultat de l'affection.

(1) Boerhaeve, *Tydschrift voor genees-heel-verlos-en artsenymenghunde*, door Van de Kasteele en Holtrop. 'S Gravenhage, 1840.

C. *Lésions dynamiques, sans altération organique appréciable durant la vie.*

α.) *Ophthalmoplégie.*— Le docteur Jacob a traité (*Dublin medical Press*, 1841) des paralysies et d'autres maladies nerveuses de l'œil. Il s'est attaché d'abord à déterminer le rôle particulier de chacun des muscles orbitaires dans l'exercice de la vision. Il n'admet pas qu'aucun d'eux puisse imprimer au globe oculaire des changements capables d'assurer la vue à diverses distances; le tissu cellulaire du fond de l'orbite est trop mou pour servir de point d'appui, et d'ailleurs, si tel était l'usage de ces muscles, il devrait y avoir myopie ou presbytie lorsqu'ils sont paralysés; or, la faculté de voir de près comme de loin demeure intacte(???) dans la paralysie si fréquente de la troisième paire. Quel est donc l'effet produit par les muscles obliques? Il consiste en une rotation du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur, avec un léger mouvement par lequel la cornée est dirigée un peu en haut et en dedans, quand le petit oblique agit, et en bas et en dehors lorsque c'est le grand oblique. Ce déplacement, du reste, est extrêmement faible, et c'est probablement pour cela que des expérimentateurs attentifs, tels que Ch. Bell et M. Duffin, l'ont méconnu. Le premier, en effet, dit qu'après avoir coupé les deux obliques, les mouvements volontaires de l'œil n'avaient subi aucune altération; et le second, ayant divisé les quatre muscles droits, vit le globe oculaire rester immobile et la pupille fixée au centre de l'orbite. Il n'est cependant pas impossible de constater l'influence des muscles, et l'occasion de le faire se présente, du moins pour le supérieur, dans les cas de paralysie de la troisième paire, et bien mieux encore dans ceux de la troisième ainsi que de la sixième, où le nerf qui anime ce muscle a seul conservé son pouvoir. M. Jacob rapporte des observations de ce genre. Chez une femme où le nerf moteur oculaire commun avait seul perdu ses fonctions, l'œil à l'état de repos se dirigeait un peu en dehors, et lorsqu'on prescrivait à la malade de regarder en bas, l'œil tournait vers la tempe par un simple mouvement de rotation, et sans que la pupille se portât sensiblement en bas. Dans ce cas, ajoute-t-il, l'œil est plus saillant que d'habitude; mais je l'attribue plutôt à quelque maladie de l'orbite qu'à la prédominance d'action du grand oblique.

Si la quatrième paire était isolément frappée de paralysie, ce serait là l'occasion d'une contre-épreuve aussi intéressante que décisive; mais cette lésion existe-t-elle réellement? M. Jacob fait observer avec raison que, dans sa doctrine, la question est très-difficile à résoudre, puisque le mouvement qu'il attribue au grand oblique est si délicat, si léger, qu'on aura sans doute beaucoup de peine à décider s'il manque, au milieu de l'action des autres muscles continuant leurs fonctions naturelles. Cependant, on ne voit pas pourquoi le pathétique ne pourrait pas, comme les autres nerfs de l'orbite, subir l'influence des lésions auxquelles la longueur de son trajet et sa gracilité semblent au contraire le rendre plus exposé. L'auteur serait même tenté de rapporter à cette paralysie du nerf pathétique certaines altérations de la vision dont on serait fort embarrassé de trouver ailleurs la véritable cause. Telle est la diplopie, avec trouble de la vue et peu ou point de strabisme, maladie désignée sous le nom de *monoblepsis* par M. Mackenzie. Il cite cinq cas de ce genre, un observé par M. Mackenzie, un par Reed, un par Sir Ev. Home, et deux par lui-même; dans trois de ces observations, le malade ne voyait double que lorsqu'il regardait des objets éloignés. Du reste, la vue double existe aussi dans les paralysies de la sixième paire, mais seulement lorsqu'on regarde du côté affecté.

Un autre point de pratique sur lequel l'auteur apporte le résultat de son expérience, est la destruction de l'œil qui suit les paralysies de la cinquième paire. Ch. Bell, et avec lui plusieurs autres physiologistes, attribuent l'ulcération de la cornée à ce que le besoin du clignement n'étant plus perçu, ce mouvement cesse, et les corps étrangers restent à la surface de l'œil, où ils produisent une irritation, point de départ des phénomènes ultérieurs. Mais si cette explication était fondée, la même chose ne devrait-elle pas arriver lorsque la conjonctive est mise à découvert par un ectropion ou par la paralysie de l'orbiculaire. Et cependant l'on sait qu'il n'en est pas ainsi, et que tout se borne dans ces cas à une légère inflammation catarrhale de la conjonctive? Il est donc plus rationnel de regarder la fonte de l'œil comme essentiellement due à la lésion de la cinquième paire, et l'auteur rappelle à ce sujet qu'il a vu cette ulcération de la cornée survenir à la suite de névralgie du trifacial, chez des sujets où il n'existait par conséquent aucune paralysie de ce nerf.

M. Van Roosbroeck (*Ann. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1841) a eu recours avec succès à l'électricité dans un cas d'ophthalmoplégie partielle. Il s'est occupé, à ce propos, de l'emploi de l'électricité comme moyen curatif des paralysies des muscles oculomoteurs.

β.) *Strabisme.* — M. Baudens (*Leçons sur le strabisme*, etc., mars 1841) a inventé une nouvelle espèce de strabisme. « Il existe, dit ce chirurgien, une espèce de loucherie non décrite jusqu'à ce jour et que nous n'avons rencontrée qu'une seule fois sur un chiffre de plus de 800 opérés de déviation oculaire; nous l'appelons *strabisme fixe double divergent!!* On le reconnaît aux signes suivants : Les deux globes oculaires sont portés si fortement en dehors, que les deux tiers de la pupille se cachent sous l'angle orbitaire externe des paupières, sans qu'il soit possible de les ramener d'une seule ligne vers le centre de l'orbite, si ce n'est par des efforts physiques; les yeux fixes, immobiles, comme vitrés, donnent à la physionomie un aspect qui saisit d'effroi.» En définitive, cette déviation est tout bonnement un strabisme externe double, de la variété à laquelle M. Cunier a donné le nom d'*ankylosé*. Elle n'est pas excessivement rare.

La guérison du strabisme par la myotomie est venue renverser les théories reçues sur la nature et les causes de cette difformité.

M. Cunier a cherché, le premier (*Annales d'Oculistique*, III, septembre 1840.—*Sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme*, *Paris*,

1840) à appliquer au strabisme, la théorie de M. Guérin sur la déviation des membres par rétraction musculaire, qu'il divise en active et en passive ou consécutive.

M. Guérin a repris plus tard l'œuvre ébauchée par M. Cunier, qu'il n'a point cité; le 25 janvier 1841, il a lu à l'Académie des Sciences de Paris (1) un mémoire « ayant pour objet de démontrer qu'il « y a deux sortes de strabisme, d'une nature tout « à fait différente, dans lesquelles se résolvent « toutes les variétés connues et à connaître de « cette difformité : l'une qu'il appelle strabisme « *mécanique*, ou *musculaire primitif* (c'est le « strabisme musculaire actif de M. Cunier); l'autre « *optique* ou *musculaire consécutif* (c'est celui « que M. Cunier a appelé musculaire passif); que le « strabisme mécanique et le strabisme optique ont « des caractères parfaitement distincts; que l'un « est toujours susceptible de guérison, ou du moins « d'amélioration, par la section des muscles de l'œil; « que l'autre, au contraire, ne doit jamais être « opéré, parce qu'il est toujours réfractaire à l'opé- « ration. »

M. Guérin établit les propositions suivantes (*l. cit.*)

I.—*Tous les mouvements de l'œil se rapportent à deux ordres : aux mouvements mécaniques ou subordonnants, et aux mouvements obliques ou subordonnés.*

II. — *Il y a deux espèces de strabisme, qui correspondent aux deux espèces de mouvements de l'œil : le strabisme mécanique ou musculaire actif, et le strabisme optique ou musculaire passif.*

III. — *Le strabisme mécanique est le produit de la rétraction musculaire active, et les variétés de cette difformité, le produit des divers modes, des divers degrés de la rétraction différemment distribuée et combinée dans les muscles de l'œil.*

M. Phillips, qui a contredit M. Guérin sur tous les points, pour le plaisir de le contredire, et sans trop s'embarrasser si les raisons qu'il apportait étaient, ou non, valables, s'est jeté en travers des propositions ci-dessus (1), de tout le poids de sa statuette-Dantan. Ainsi que l'a dit avec raison M. Fabre (*Dict. des dict. de méd.*, art. *Strabisme*, p. 287), « il eté été à désirer que M. Phillips et les chirurgiens qui partagent son avis, mettant de côté toutes questions de personnes, eussent donné un peu plus de développement à leur opinion. »

M. Baumgarten (v. *Ammon's Monatsschrift*, III, 1840, et *Das Schielen und dessen operative Behandlung*, Leipzig, 1841), rapporte à quatre ordres les causes du strabisme.

I.—*Maladies du bulbe.* 1). Maladies de la cornée. (Troubles, taches, staphylôme, ptérygion).—2) Maladies de l'iris. (Synéchies, colobome, ectopies de la pupille.) — 3) Maladies du système cristallin. Cataracte (particulièrement la cataracte centrale congénitale.) — 4) Maladies du corps vitré. (Changements qualitatifs et quantités dans la reproduction. — Hydrophthalmie. Synchise.) — 5) Maladies de la rétine. (Développement de la faculté de voir, sur un seul côté de cette membrane, dans l'enfance. — Insertion anormale du nerf optique. — Amblyopies. — Amauroses.)

II. — *Maladies des muscles oculaires.* 1) Maladies organiques. *a*) Vices congénitaux des seuls muscles. *b*) Insertion anormale des extrémités musculaires. *c*) Atrophies. *d*) Hypertrophies. *e*) Dégénérescences graisseuses. *f*) Véritables raccourcissements. *g*) Dégénérescences fibreuses. 2) Maladies dynamiques. *a*) Inflammations (et particulièrement la myosite rhumatismale et scrofuleuse). *b*) Spasmes. *α*] Spasmes toniques et habituels. *β*] Spasmes cloniques. *c*) Affections paralytiques.

III. — *Maladies des nerfs du mouvement.* 1) Maladies organiques occasionnées, *a*) par des affections organiques du cerveau, *b*) par des maladies organiques des muscles qu'ils parcourent. 2) *Névroses.* *a*) Avec augmentation de l'irritabilité (crampes toniques et cloniques). *b*) Avec diminution de l'irritabilité (paralysies).

IV. — *Maladies de l'orbite.* 1) Arrêt de développement. 2) Tuméfaction. (Exostoses. — Nodi. — Tophi. — Anévrysmes, etc.)

Nous nous bornons à indiquer cette étiologie, sans suivre M. Baumgarten dans les développements où il est entré.

M. Cunier a examiné les causes du strabisme (l. cit.) sous les quatre groupes qu'en a faits M. Rognetta :

I.—*Inégalité congénitale et accidentelle dans la force des deux rétines.*

II. — *Inégalité et désharmonie dans la force des muscles de l'œil.*

III.—*Déviation mécanique de l'axe visuel.*

IV.—*Habitude vicieuse et imitation.*

M. Verhaeghe (*Mém. sur le strab.*, Bruges 1841), s'est occupé assez longuement des causes du strabisme. « Comme point de départ, dit-il, p. 6, j'ai traduit l'article *strabisme*, de M. Kessler, qui se trouve dans le grand ouvrage de chirurgie de Rust » M. Verhaeghe a ajouté, en forme d'annotations, ce que l'expérience lui a appris. Mais cette expérience a fort souvent conduit l'auteur aux mêmes résultats que M. Cunier, qui a écrit plusieurs mois avant lui. M. Verhaeghe dit bien dans sa préface (p. 3), « que « son essai était prêt à être mis sous presse lorsque « les journaux ont annoncé le mémoire de M. Cu- « nier, intitulé : *Sur la myotomie appliquée au* « *traitement du strabisme.* » Or, ce mémoire n'est qu'un extrait à part des *Annales d'Oculistique*, des mois de juin, septembre et octobre 1840; M. Verhaeghe devait donc le connaître lorsqu'il a écrit son essai : aussi nous inscrivons-nous contre les raisons derrière lesquelles il se retranche, pour s'excuser de n'avoir ni cité M. Cunier, ni signalé les points de doctrine qu'il lui a empruntés. « M. Cunier, dit

(1) Voir Gaz. méd. de Paris, 29 janvier 1841, p. 209.

(1) De la Ténotomie *sous-cutanée*, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds-bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du *strabisme*, de la *myopie* du bégaiement; par le docteur Ch. Phillips accompagné de douze planches. Paris, 1841. — Tel est le titre du livre où M. Phillips combat M. Guérin, p. 210-212.

« M. Verhaeghe, a traité ce sujet avec sa sagacité « ordinaire, et en bon observateur. Ma première « idée fut de ne pas livrer ce faible essai au public, « ou bien de le modifier en mettant à profit les lu- « mières de mon savant confrère de Bruxelles, et « pour combattre quelques points sur lesquels nous « ne sommes pas d'accord; mais sur l'observation « de quelques amis, je le donne tel qu'il est, afin « de laisser le public médical juger entre nous « deux. » M. Cunier témoigne ici toute sa gratitude à M. Verhaeghe pour les éloges qu'il veut bien lui adresser; mais cela ne l'empêche pas de protester contre la conduite qu'il a tenue à son égard.

Un Monsieur E. B., écrit dans la *Revue des spécialités* (septembre 1841, p. 365), que « c'est avec « étonnement qu'il a remarqué qu'aucun médecin « n'avait signalé les diverses formes d'ophthalmie « comme causes de strabisme. M. le docteur Duval, « ajoute-t-il, a interrogé un grand nombre de per- « sonnes affectées de cette lesion, et les deux tiers « ont fait remonter la cause de leur deviation ocu- « laire à des ophthalmies. Il a vu lui-même nombre « de fois le strabisme être la conséquence d'oph- « thalmies rhumatismales et scrofuleuses. » Puisque M. E. B., « *se propose de revenir sur cette question*, » nous lui conseillons d'ouvrir les *Annales d'Oculistique*, à la page 279, du volume III, ou bien le memoire de M. Cunier *sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme* (p. 67-69), selon que l'un ou l'autre de ces ouvrages sera à sa disposition, et il y verra que M. Cunier a émis, précisement une année avant M. Duval « *cette donnée aussi nouvelle qu'intéressante*, » et qu'il est entré, à ce sujet, dans d'assez longs details, reproduits presque textuellement par M. Verhaeghe (l. cit., p. 25), qui n'a pas mentionné le nom de son confrère de Bruxelles.

M. Fleussu a rappelé et rassemblé dans sa *Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, publiés pendant* les annees 1840 et 1841, tout ce qui a été écrit sur l'anatomie et la physiologie des muscles de l'œil et leur intervention dans la production du strabisme (1).

γ) *Amaurose.* — Trois traités sur l'amaurose ont vu le jour pendant l'année qui vient de s'écouler, l'un en Allemagne, l'autre en Angleterre, le troisième en France.

Die Lehre vom schwarzen Staar (IV — 217, in-8°), tel est le titre de la monographie publiée à Berlin par M. Fr. von Walther; cette production sera prochainement analysée et commentée par nous.

M. E. O. Hocken a fait paraître à Londres un ouvrage intitulé : *A Treatise on Amaurosis and Amaurotic affections.* C'est une compilation assez bien entendue (2) de ce que possède la littérature médicale anglaise sur l'amaurose et les affections amaurotiques; nous engageons l'auteur à faire connaissance avec ce qui a été publié dans ces dernières années en Allemagne, en France et en Belgique : cela lui servira beaucoup pour une seconde édition de son œuvre.

En France, on vient de mettre en vente chez J. B. Baillière, un livre intitulé : *Traité pratique de l'amaurose ou goutte-sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces.* L'auteur, M. J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ayant négligé de nous faire tenir un exemplaire de son ouvrage, force nous est, pour le faire connaître à nos lecteurs, d'emprunter l'analyse suivante à la *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 1, 1842 :

« Après avoir publié dans différents recueils (*Gazette médicale de Paris, Annales d'Oculistique, Bulletin de thérapeutique*), des mémoires qui ont plus ou moins directement trait à l'amaurose, M. Pétrequin a rassemblé tous ces matériaux, les a coordonnés, augmentés, et en a fait une monographie dont le but principal paraît être de prouver que le pronostic de l'amaurose n'est pas aussi fâcheux que l'ont dit les auteurs, mais que pour réussir dans le traitement de cette maladie, il fallait surtout avoir égard à sa nature, aussi bien qu'à son siége dans la rétine, le nerf optique ou le cerveau, comme l'a fait un auteur récent.

« M. Pétrequin commence par des considérations spéciales sur les amauroses, dont il reconnaît six espèces principales, qui sont : l'amaurose asthénique nerveuse, vermineuse, traumatique, congestive, torpide et organique. Suivant nous, il serait difficile d'établir une différence entre l'amaurose asthénique nerveuse et la torpide; aussi ne la trouvons-nous ni dans les observations rapportées par l'auteur, ni dans les remarques nosologiques dont il les fait suivre.

« A la première de ces espèces, M. Pétrequin rattache l'amaurose due à l'action de la foudre, variété rare et dont il rapporte deux observations.

« Des considérations générales sur l'amaurose forment la seconde partie du *Traité*. C'est ici surtout que l'auteur discute les principes de classification des amauroses et qu'il fait voir que le siége de la maladie est le plus souvent difficile à découvrir, et que d'ailleurs sa connaissance a peu d'influence sur la thérapeutique, tandis que sous ce dernier rapport il est de la plus haute importance qu'on connaisse la nature de l'affection, soit nerveuse, soit congestive ou autre. Nous sommes complétement de l'avis de M. Prétrequin quand il dit *qu'une cause radicale d'insuccès réside dans la doctrine qui a régné sur la nature de l'amaurose, qu'on regardait comme une simple paralysie, et qu'on traitait en conséquence; et qu'une source nouvelle de succès est de démontrer qu'il doit y avoir autant de méthodes thérapeutiques qu'il y a d'espèces morbides; que hors de là, il n'y a qu'empirisme et péril.* Tous les bons auteurs modernes soutiennent cette doctrine. Mais, avouons-le, la théorie n'est pas toujours facile à appliquer aux faits : nous trouvons malheureusement un assez grand nombre d'amaurotiques, chez lesquels nous ne parvenons pas à déterminer positivement la nature du mal; ce sont les cas les plus fâcheux, car alors le traitement est pure-

(1) Annales d'Oculistique, vol. VI, liv. 2, novembre 1841.

(2) L'exposition anatomique donnée par M. Hocken, du système nerveux oculaire, laisse fort peu à désirer.

ment empirique. Cette obscurité du diagnostic provient quelquefois de ce que plusieurs éléments se combinent dans la maladie, que par exemple la paralysie de la rétine se complique d'une congestion sanguine, d'une sub-inflammation de la rétine, etc. M. Pétrequin insiste avec raison sur la nécessité de combattre ces différents éléments et de dégager la goutte-sereine de ses complications.

« Plus loin l'auteur signale comme importante en pratique, la transformation des amauroses; cette transformation est relative au siége ou à la nature de la maladie. A la première se rapporte la différence d'extension que prend la maladie dans sa forme croissante ou décroissante. Mais sous le rapport thérapeutique, c'est surtout le changement de la nature de l'amaurose qui mérite de fixer l'attention. En effet, il n'y a rien de plus ordinaire que de voir une amaurose d'abord congestive finir par devenir asthénique. Il n'est pas rare non plus d'observer une amblyopie avec irritabilité nerveuse prédominante se transformer en irritative sanguine et même en sub-inflammation de la rétine.

« Un autre point sur lequel M. Pétrequin attire l'attention des médecins, c'est la myopie qui accompagne si souvent le commencement de l'amaurose. En même temps que la perception visuelle devient moins nette, le champ de la vision se raccourcit. Les malades cherchent à y remédier par des lunettes; celles-ci ne pouvant procurer qu'une amélioration incomplète de la vue, on passe à des numéros de plus en plus forts, et on finit de cette manière par aggraver le mal.

« Le travail de M. Pétrequin se termine par quelques réflexions sur la récidive des amauroses, laquelle ne s'observerait pas aussi fréquemment si les malades voulaient suivre les préceptes de l'hygiène et éviter l'influence des causes qui d'abord ont occasionné le mal et nécessairement peuvent le produire de nouveau. Une de ces causes c'est l'application forcée de la vue; les amaurotiques guéris doivent pendant très-longtemps ne pas fatiguer leurs yeux, ce qui ne veut pas dire qu'ils doivent les soustraire à la lumière.

« Jusqu'à présent je n'ai point indiqué le traitement recommandé par M. Pétrequin; c'est qu'effectivement ce traitement se compose de moyens depuis longtemps en usage. Ce sont, suivant les cas, les antiphlogistiques, les dérivatifs sur le canal intestinal, les révulsifs, les mercuriaux, la belladone, la noix vomique. Cette dernière substance est employée par notre auteur sous forme de teinture en frictions sur le front et les tempes, et sous forme de strychnine. Celle-ci est appliquée à la dose d'un à deux centigrammes et plus, mêlée à cinq à dix centigrammes de poudre de noix vomique, sur une partie du front dénudée au moyen de la pommade ammoniacale.

« Si l'on ne trouve pas dans l'ouvrage que nous analysons des médicaments nouveaux, on y voit par contre, dans quarante et une observations, comment un médecin judicieux doit adapter les remèdes à chaque cas en particulier.

« On reprochera peut-être à M. Pétrequin d'avoir laissé bien des lacunes dans son ouvrage et de n'avoir cité pour ainsi dire que des cas heureux. Cette critique serait fondée si l'auteur avait voulu faire une monographie complète; mais, nous l'avons déjà dit, M. Pétrequin paraît avoir eu pour but de prouver que le pronostic de l'amaurose n'était pas aussi fâcheux que les auteurs l'admettaient généralement, que par conséquent on ne devait pas trop tôt considérer comme incurables les malheureux affectés de goutte-sereine; que pour traiter avec succès cette maladie, il fallait approprier le traitement à chaque cas individuel, ce qu'oublient trop souvent les médecins qui n'ont pas fait des maladies oculaires une étude spéciale. Ce but, M. Pétrequin nous paraît l'avoir atteint en joignant l'exemple au précepte. »

Nous rappellerons ici que les *Recherches* de M. Pétrequin *sur quelques paralysies de l'œil et de ses annexes*, insérées dans les *Annales d'Oculistique* (vol. I, 1e et 2e livraisons), forment le point de départ des publications de ce chirurgien insérées dans la *Gazette Médicale de Paris* et le *Bulletin général de thérapeutique*, sur l'emploi de la strychnine dans le traitement de l'amaurose. M. Cunier a résumé (*Ann. d'Oc.*, I, p. 285) les divers articles publiés par M. Pétrequin dans les deux journaux qui viennent d'être cités. Notre savant confrère de Lyon a rigoureusement démontré (*Ibid.* l. cit.) que les diverses paralysies de l'œil et de ses annexes sont loin d'être identiques, et il a insisté sur le parti que pouvait en tirer la thérapeutique; toutes n'étant pas les mêmes, le même traitement ne doit pas être appliqué à toutes. Bien qu'au fond l'amaurose soit toujours une paralysie plus ou moins complète de la vue, il est excessivement rare qu'elle se présente dans cet état de simplicité : tantôt, c'est une hypersthénie qui s'y mêle. Tantôt il y a sub-inflammation chronique de la rétine, tantôt c'est une asthénie qui survit à une congestion oculaire apoplectique, ou une névrose discrasique de la rétine qui entraîne l'amaurose torpide. Ce sont là autant de variétés tranchées, autant d'indications spéciales dont M. Pétrequin a donnée des exemples.

C'est donc à dégager la goutte sereine de ses complications qu'il faut s'attacher, c'est à la réduire à l'état de simplicité en décomposant et attaquant à mesure les divers éléments qui s'y combinent; c'est là une distinction fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue.

Pour ce qui est des moyens de traitement employés par M. Petrequin, on a vu, par l'analyse transcrite ci-dessus, ce qu'ils sont.

M. Le Calvé a inséré dans le *Journal de la Société de médecine-pratique de Montpellier* (décembre 1841), un mémoire sur l'amblyopie amaurotique congestive. « Lorsque l'amaurose est complète, dit l'auteur, presque toujours elle est incurable; car pour notre compte, depuis bientôt dix ans que nous nous occupons spécialement des maladies des yeux, nous n'avons constaté que quelques cas rares de guérison, et encore dans des conditions exceptionnelles. (Pourquoi M. Le Calvé ne dit-il pas quelles étaient ces conditions ?..) Il n'en est pas de même lorsque l'on prend cette maladie à son début. L'amblyopie amaurotique est presque toujours guérissable; ici la médecine est toute puissante, car, avec une attention soutenue de la part du médecin,

de la bonne volonté et de la patience de la part du malade, on arrive, dans la plupart des cas, à un heureux résultat. »

Trois observations sont rapportées par M. Le Calvé, à l'appui de ce qu'il avance; elles ne sont pas assez intéressantes pour être consignées ici. L'oculiste de Montpellier fait la base de son traitement, des saignées générales, locales, déplétives, puis révulsives, et des purgatifs salins. Il nous apprend dans ses *Réflexions*, qu'il a une grande confiance dans les mercuriaux comme antiphlogistiques; que « l'extrait de belladone en frictions sur le front agit sur la rétine, de manière à rendre cette membrane insensible à l'impression des rayons lumineux. » Tout cela est su, et apprécié; ce qui ne l'est pas, c'est le danger des révulsifs placés près de l'organe de la vision, dans les amblyopies congestives; on ne peut y avoir recours, ainsi que le fait observer avec raison M. Le Calvé, que lorque la congestion est détruite. L'obsevation suivante qu'ils rapporte, est destinée à en donner la démonstration :

Obs. — « Marie Azéma, de Combaillau, âgée de 8 ans, d'un tempérament lymphatique, est devenue aveugle dans l'espace de quelques mois. Des vésicatoires ont été appliqués à la nuque, derrière les oreilles et sur le front. Nous les faisons supprimer; nous insistons sur les antiphlogistiques, et dans quelques mois nous obtenons une amélioration très-notable. Les parents, conseillés par leur médecin ordinaire, et croyant que l'amélioration serait plus promptement obtenue par l'application d'un séton à la nuque, nous tourmentèrent pendant plusieurs mois pour en venir à cette application; nous nous y opposâmes constamment. Fatigués de notre persistance, les parents allèrent consulter un de nos confrères, qui envoya prendre les eaux de Balaruc et plaça un séton à la nuque. Quelques mois après, Marie Azéma était complétement aveugle. »

M. Le Calvé dit avoir « rapporté cette observation pour montrer combien peut être funeste l'application d'un séton à la nuque, lorsque cette application est intempestive. » Le lecteur ne trouvera pas plus que nous, dans la narration que nous avons textuellement transcrite, des raisons valables pour attribuer au séton la perte de la vue chez Marie Azéma.

Le fait suivant sert de texte à un mémoire publié par M. Sichel (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1840, p. 69. *Encyclog.*, 4e s., vol. V p.), sur l'amaurose asthénique compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes.

Obs — Un jeune homme de 25 ans, extraordinairement affaibli, vint, le 24 février 1840, consulter M. Sichel pour une amaurose; l'œil gauche était faible depuis l'enfance et le droit s'affaiblissait depuis six semaines. Il ne pouvait plus, le 24 février, lire de petits caractères. Le jeune homme attribuait sa grande faiblesse à des excès vénériens. Il était sujet à des épistaxis fréquentes et très-abondantes qui ajoutaient encore à sa faiblesse. Les deux pupilles étaient mobiles dans une petite étendue, et l'impression d'une lumière vive était gênante. Frictions mercurielles belladonées sur les paupières. La photophobie était moindre le quatrième jour de l'emploi de ces frictions; elles furent remplacées par un liniment ammoniacal. (Nous omettons de parler du traitement général, qui était tonique.)

Le 15 mars, la faiblesse générale du malade avait considérablement augmenté, et le 16 il mourut.

A l'autopsie, faite le 18 mars au matin, on ne trouva rien de bien remarquable dans les cavités splanchniques; les poumons n'offraient point de traces de tubercules.

Examen des yeux, œil droit. L'organe est partagé en deux moitiés; à part la rétine, les membranes sont saines. La rétine est largement parcourue par des ramifications de l'artère centrale. Le grand pli de la rétine offre deux taches d'un rouge vif, et une teinte générale rosée dans le reste de son étendue. Au centre de la membrane, on voit dix-neuf tubercules rouges, ovalaires, d'un demi-millimètre de diamètre; ils sont rangés en anneau autour du point central. Séparés les uns des autres, ils permettent de voir, dans leurs insterstices, la rétine, avec sa couleur normale. Ils sont manifestement dus (expression de l'auteur) à l'inflammation chronique de la menbranne et à un épanchement fibro-albumineux sous son tissu.

L'œil gauche offre, à un moindre degré, les mêmes altérations. M. Sichel ne dit pas si, par tubercules, il entend de la matière tuberculeuse, ou seulement une petite saillie. Remarquons toutefois que les poumons n'offraient point de tubercules.

De ce fait, M. Sichel tire la conclusion que les amauroses « en apparence les plus asthéniques peuvent être produites ou bien accompagnées par une irritation locale, une inflammation de la rétine; s'il a observé quelques symptômes d'irritation rétinienne, leur disposition devait le conduire à admettre qu'une asthénie, ou au moins un état organique non accompagné d'irritation, leur avait succédé, et malgré cela l'autopsie a montré une rétinite ancienne. »

M. Heyfelder a donné dans les *Medicinische Annalen* (Bd. IV, II.) l'histoire d'une hydropisie générale avec cécité, suite de chlorose. La perte de la vision cessa deux fois à la suite de la paracenthèse. La mort étant survenue, l'autopsie eut lieu. Si nous nous en rapportons au compte-rendu de la *Gazette médicale de Paris* (vol. VII, p. 475), les yeux ne furent pas examinés.

Cette observation était connue depuis quelque temps en France, lorsque M. Blaud consigna dans le cahier de novembre 1839 de la *Revue médicale*, une observation d'amaurose chlorotique, qui a été reproduite dans le tome II, p. 178 des *Annales d'Oculistique*. M. Cunier a signalé, à cette occasion (l. cit. et *Bulletin gén. de Thérapeutique*, 1840), « quelques faits beaucoup moins concluants que « celui de M. Blaud, mais qui ne laissent pas que « d'avoir une assez grande valeur pratique. Deux ob« servations bien détaillées mettent en relief l'excel« lence de sa méthode. — Après avoir montré la « gravité de l'amaurose dépendant de la complica« tion cérébrale d'une affection chlorotique, M. Cu« nier termine ainsi : « Bien qu'il soit rare de voir

« la complication encéphalique acquérir les caractè-
« res de lésion organique, il ne faut pourtant pas
« se faire illusion; ce qui n'est d'abord, dit-il,
« qu'un dérangement fonctionnel, peut très-bien,
« à la longue, devenir organique. » Nous croyons
« volontiers à l'efficacité des diverses pilules et po-
« tions antichlorotiques tant vantées; mais nous
« pensons cependant avec l'auteur qu'elles ne sont
« pas toujours suffisantes dans les cas de compli-
« cation encéphalique avec amaurose. Les ven-
« touses, les vésicatoires à la nuque, des sangsues
« à la tête, l'aloès à l'intérieur, en même temps
« que de bonnes précautions hygiéniques, et enfin
« très-souvent, la strychnine lorsque l'amaurose est
« ramenée à l'état de simplicité, constituent les
« moyens dont M Cunier a retiré de très-grands
« avantages. Ce médecin, pour panser les vésica-
« toires qu'il prescrit dans le traitement de l'amau-
« rose, se sert d'une huile strychninée (24 gr. par
« once d'une huile essentielle quelconque, soit un
« gr. pour 20 gouttes). 12 ou 15 gouttes appliquées
« sur les surfaces dénudées ont presque toujours
« suffi. » (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, juin 1840.)

M. Blaud rapporte la production de l'amaurose chlorotique au seul effet de l'altération du sang (loc. cit.) qui n'excite plus convenablement l'appareil de la vision.

M. Sichel a traité, après les deux médecins qui viennent d'être cités, de l'amaurose chlorotique; son mémoire (*Journal des Conn. Médico-chirurg.*, février 1841) ne se prêtant pas à l'analyse, et étant trop étendu pour être reproduit ici, nous nous contenterons de le mentionner et d'y renvoyer nos lecteurs. Pour lui, le cas cité par Blaud et le deuxième cas cité par M. Cunier, étaient compliqués d'irritation, et passés à l'état asthénique ou organique. « Bien que
« j'aie déjà, dit-il, signalé cette complication irri-
« tative en 1837, aucun auteur n'en a parlé depuis.
« M. Cunier, sans la signaler expressément, semble
« cependant l'admettre; car dans plusieurs cas d'a-
« maurose chlorotique qu'il cite, il joint à son trai-
« tement excessivement rationnel de la chlorose,
« les émissions sanguines mesurées et les révulsifs
« rubéfiants. » Une lecture attentive du mémoire de M. Cunier, prouve que ce médecin partage de tous points l'avis de M. Sichel, et qu'il a regardé comme lui la paralysie de la vue dont il parle (obs. II, p. 182) comme de nature *organique*, après n'avoir été que fonctionnelle.

Les remarques sur l'amblyopie acquise et sur l'amblyopie congénitale, consignées par M. Szokalski dans son *mémoire sur les sensations des couleurs, dans l'état physiologique et pathologique de l'œil* (*Ann. d'Ocul.*, III, pp. 115 et 194) seront consultées avec fruit.

Le docteur Fronmuller (*v. Ammons Monatsschrift*, III, 310) dit avoir observé une paralysie partielle de la rétine survenue chez un homme qui avait regardé à l'œil nu l'éclipse de soleil du 15 mais 1836. L'œil droit dont il s'était servi était seul affecté. Le malade avait totalement perdu la vue pour les objets qui n'étaient pas placés vers la tempe droite.

Une amaurose hystérique a été observée par M. le docteur Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, nov. 1840) qui en a triomphé par un traitement aussi sage que rationnel, dirigé contre l'affection sous l'influence de laquelle était survenue le perte de la vue.

M. Hunter (*Edinburgh Journal*, juillet 1841), dit avoir vu une amaurose survenue à la suite d'une névralgie de la cinquième paire, céder immédiatement après l'extraction d'une grosse molaire supérieure, qui était le siége de douleurs continuelles, qui s'exaspéraient fréquemment et rappelaient l'ancienne névralgie. Il est à regretter que M. Hunter ait été fort avare de détails.

Nous lisons dans un journal autrichien (*Oesterr. Med. Jahrb.* XIX) que M. Maunoir a guéri une amaurose par l'emploi du piment annuel. Voici l'analyse que donne ce journal, du fait consigné dans la *Bibliothèque universelle de Genève*.

Obs. — Un jeune Anglais, âgé de onze ans, avait été opéré d'une cataracte congénitale des deux yeux. Le chirurgien, M. le professeur Maunoir, avait pratiqué la discission, et le succès avait été complet. Depuis lors, le malade avait étudié la pharmacie et à l'âge de 18 ans il avait pris service en Portugal, où, à la suite de refroidissements et des fatigues de la guerre, il avait contracté une amaurose des deux yeux. Après avoir subi un long traitement infructueux en Angleterre, il se rendit de nouveau à Genève, où M. Maunoir eut recours sans succès aux exutoires, aux vomitifs, à l'arnica, à la pulsatille, à l'électricité, au galvanisme, etc. Enfin il prescrivit une infusion de piment annuel (Capsicum annuum) de 3 à 30 gr progressivement sur une once d'eau. Quelques gouttes de cette infusion furent instillées matin et soir entre les paupières. L'œil droit demeura amaurotique; mais la vue revint du côté gauche, à tel point que le malade put de nouveau lire et écrire, et fut en état d'embrasser une carrière scientifique.

M. Maunoir rapporte encore (loco cit.) le fait suivant, que nous reproduisons aussi d'après le journal de Vienne :

Obs. — Une fille de 18 ans était complétement amaurotique; les pupilles étaient énormément dilatées; cet état était, selon toute probabilité, dû à ce que la malade avait habité et couché pendant longtemps dans une chambre nouvellement construite et humide. Les émétiques, les purgatifs, les vésicatoires étant demeurés sans effet, M. Maunoir prescrivit : extrait d'arnica ʒij, sulfate de strychnine gr xij, sirop simple q. s. f. 144 pilules. à prendre matin et soir en commençant par une et en augmentant la dose jusqu'à cinq. Cette dernière quantité donna toujours lieu à des spasmes analogues à des secousses électriques dans l'épine dorsale, les extrémités ainsi qu'à un embarras gastrique; ce qui força à diminuer la dose. L'état de la vue s'améliora progressivement; après deux mois, les pupilles étaient normales, et la malade pouvait lire et écrire.

Le docteur Smids, officier de santé de 2e classe au Helder, rapporte (*Nederlansch Lancet*, mai 1841) un cas de guérison d'amblyopie amaurotique avec blépharoplegie de l'œil gauche et d'amaurose

avec blépharoplégie de l'œil droit. D'après l'historique que donne l'auteur, il nous paraît avoir eu affaire à une paralysie rhumatismale incomplète de la 3e paire, qui a cédé aux pilules de noix vomique de Magendie, qu'il a données après avoir mis en usage des moyens anti-rhumatiques (*middelen welke eene antirheumatische werking uitoefenen.*)

Nous citerons les travaux suivants consignés dans les *Annales d'Oculistique :* 1) Une observation d'amaurose avec les détails de l'autopsie, par M. Linoli (vol. I, p. 422.) 2) Une guérison obtenue par la pulsatille, par M. Koehler (*Ibid.* p. 292.) 3) M. Jagielski a triomphé d'une amaurose épileptique, en pratiquant la cautérisation syncipitale, au moyen de la potasse caustique. (*Ibid.*) 4) M. Kilgour a donné l'histoire d'une amaurose due à l'atrophie du nerf optique (III, p. 182.) 5) M. Cunier a triomphé d'une amaurose vermineuse par l'administration de l'émétique à haute dose (IV, p. 252.) 6) Une nouvelle méthode de traitement de l'amaurose saturnine a été consignée dans les *Médico-chirurgical Transactions* (III. p. 87) par M. Alderson. Ce médecin a fait appliquer sur les yeux de deux de ses malades, un bandage qu'ils portaient jour et nuit, de manière à supprimer toute action de la lumière sur la rétine, et dans les deux cas la guérison eut lieu. 7) Un cas remarquable de cette variété a été rapporté par M. Weiss (II, p. 232).

Nous passons sous silence une multitude de faits d'amauroses guéries par des moyens connus et qui, pour la plupart, ne sont intéressants que par l'étonnement que la guérison obtenue a produit sur les médecins traitants.

δ) Héméralopie.—La relation suivante a été extraite par le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* (1841), de *l'American Journal of the medical Sciences :*

« Dans l'hiver de 1834, une troupe nombreuse fut concentrée dans le fort Meitchell. Cette position est extrêmement favorable pour la santé ; les maladies d'origine miasmatique y sont inconnues ; mais les logements n'étant pas suffisants pour recevoir tous les soldats, un certain nombre d'entre eux durent coucher au bivouac.

« Le 3 février, trois hommes du 2e régiment d'artillerie se présentèrent à l'hôpital : ils se plaignaient d'avoir perdu depuis plusieurs nuits une partie de la vue. Cette faiblesse dans la vision commençait au déclin du jour, et, la nuit venue, ils étaient complétement aveugles. La santé générale était bonne; seulement ces hommes se plaignaient d'une tension inaccoutumée dans les tempes. La pupille était fort dilatée, bien que mobile. En les examinant pendant la nuit, au moment où la cécité chez eux était complète, on remarqua que les pupilles étaient plus dilatées et plus fixes, et l'introduction d'une chandelle allumée dans leur chambre n'en déterminait pas le resserrement.

« Le 15 du même mois, les traitements généraux et locaux n'avaient produit aucune amélioration. Le docteur Wharton, qui leur donnait des soins, pensa alors que la cécité était l'effet de la débilité de la rétine, trop vivement excitée par la lumière qui s'échappait des grands feux allumés dans le camp et des glaçons dont les arbres environnants étaient chargés. Il crut, en conséquence, qu'en laissant la rétine dans un repos complet, on lui rendrait le ton qui lui manquait. Les malades furent à cet effet renfermés dans leur chambre dans une obscurité complète. A huit heures du soir, leurs yeux étant examinés, on reconnut que la vision était moins imparfaite. Les pupilles se contractaient un peu. Le même moyen fut continué jusqu'au soir suivant. A cette époque, la vue était entièrement rétablie. Le 18, ces militaires furent rendus à leur service.

« Un soldat du 1er régiment d'artillerie entra à l'hôpital le 5 mai 1835. Quelques semaines auparavant, il avait passé un temps fort long à pêcher. Il annonçait que, depuis trois ou quatre nuits, sa vue était très-imparfaite, et, la nuit précédente, il avait été complétement aveugle. Il éprouvait quelques douleurs dans les tempes. Les pupiles, très-dilatées, l'étaient beaucoup plus le soir. On n'employa aucune médication ; mais il fut placé pendant vingt-quatre heures dans une chambre où il régnait une obscurité complète. Au bout de ce temps, les pupilles avaient recouvré leur sensibilité ; la vision était parfaite : il retourna à son régiment.

« Un autre soldat, dont l'héméralopie semblait tenir à la même cause, fut traité de la même manière et guérit aussi rapidement.

« Parmi les malades du 4e d'infanterie en garnison au fort Gibson qui furent traités par le docteur Wharton, il y en eut six qui étaient atteints d'héméralopie. Chez l'un d'eux, la maladie durait depuis trois mois ; chez les autres, depuis au moins deux semaines. Ces hommes avaient fait un pénible service dans les montagnes de la Caroline du Nord, et, pendant de longues marches, leurs yeux avaient été péniblement affectés par la réflexion de la lumière sur la neige. A l'exception d'un seul malade qui était atteint du scorbut, tous les autres jouissaient de la meilleure santé. Les pupilles étaient semblables à celles que l'on avait examinées chez les sujets précédents. On ne fit aucun traitement ; seulement on renferma les malades pendant trente-six heures dans une obscurité complète. Au bout de ce temps, la vision était parfaitement rétablie chez six d'entre eux. Chez celui qui avait une affection scorbutique, il fallut vingt-quatre heures de plus pour compléter la cure. »

Les *Annales d'Oculistique* (II, p. 197) et *l'Encyclographie* (1839, *Gaz. méd.*) ont reproduit une note de M. Fleury sur l'héméralopie épidémique. M. Fréchier a aussi eu l'occasion d'observer cette affection sous la forme épidémique. « C'est environ depuis le mois de mars 1841, dit-il (*Bull. gén. de Thérap.*), que cette bizarre et inexplicable maladie s'est déclarée dans la commune de Maussane. Bien que les femmes enceintes en aient été affectées peut-être de préférence, elle n'a pourtant épargné aucun sexe, aucun âge, ni aucun tempérament. Elle s'est montrée, cela va sans dire, à des degrés divers. Ainsi, chez les uns, il y a seulement eu affaiblissement de la vue après le coucher du soleil ; chez d'autres, il y a eu cécité complète à l'arrivée de la nuit, bien que la vision fût parfaite pendant le jour ; chez quelques-uns la fonction visuelle s'exé-

cutait mal, même en plein midi, quoiqu'elle ne s'abolît pas entièrement lorsque la nuit était venue. La durée de cette maladie ne fut que de sept à huit jours, que l'on ait employé ou non des moyens pour la combattre ; les parties constituantes de l'œil ne paraissaient nullement altérées, et cependant on ne put la regarder comme une complication d'une autre affection, puisque, les cas de grossesse concomitante exceptés, elle existait absolument isolée ; elle était donc essentielle. Il est évident qu'elle était produite par une cause générale, une influence atmosphérique, un *quid divinum ;* mais cette cause, quelle a-t-elle éte ? comment a-t-elle agi ? Je me borne à dire que la cause la plus probable me paraît se trouver dans l'humidité dont l'air était imprégné par suite des inondations qui nous ont atteint, et encore cette cause ne serait-elle réelle, incontestable, qu'autant que cette affection aurait existé aussi dans les autres pays inondés, au moins les circonvoisins. »

La curieuse observation d'une héméralopie héréditaire depuis deux siècles dans une famille de la commune de Vendémian, près Montpellier, consignée par M. Cunier dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1838), a été pour M. Szokalski le sujet de savants commentaires. (*Ann. d'Oculistique,* III.)

ε) *Nyctatopie.*—Un médecin Suédois, le docteur O. Marin, donne dans le *Haeser's Repertorium* (1841, Bd. III, hft 1), l'histoire d'une nyctalopie qui a régné parmi les soldats d'un régiment de pionniers, employés à des travaux dans les environs de Carlsburg.—Il nous a été impossible de comprendre le langage de l'auteur, qui dit n'avoir pu reconnaître les causes qui ont donné naissance à cette épidémie, qui a épargné les personnes étrangères au corps de pionniers, et celles de ce corps qui vivaient régulièrement.

(*La suite et fin au prochain n°.*)

Encyclographie — Novembre 1841.

Fig. 1.

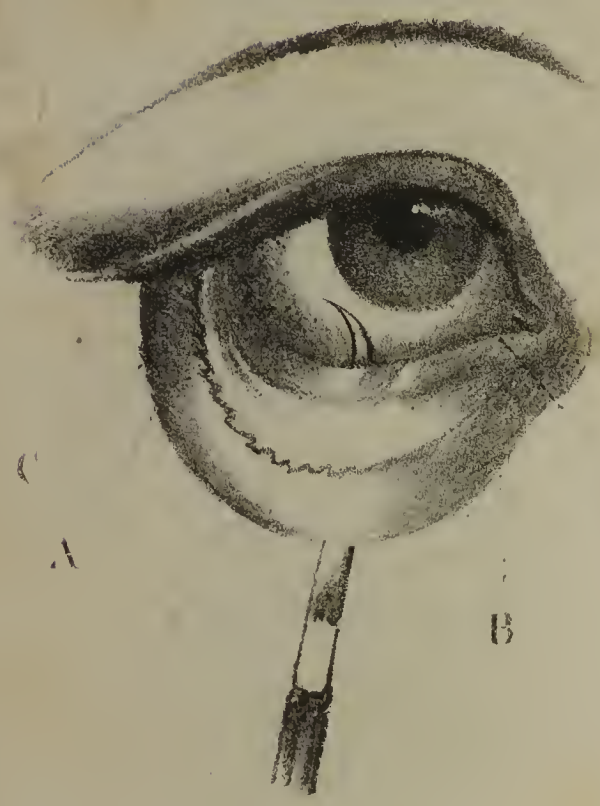


Fig. 2.

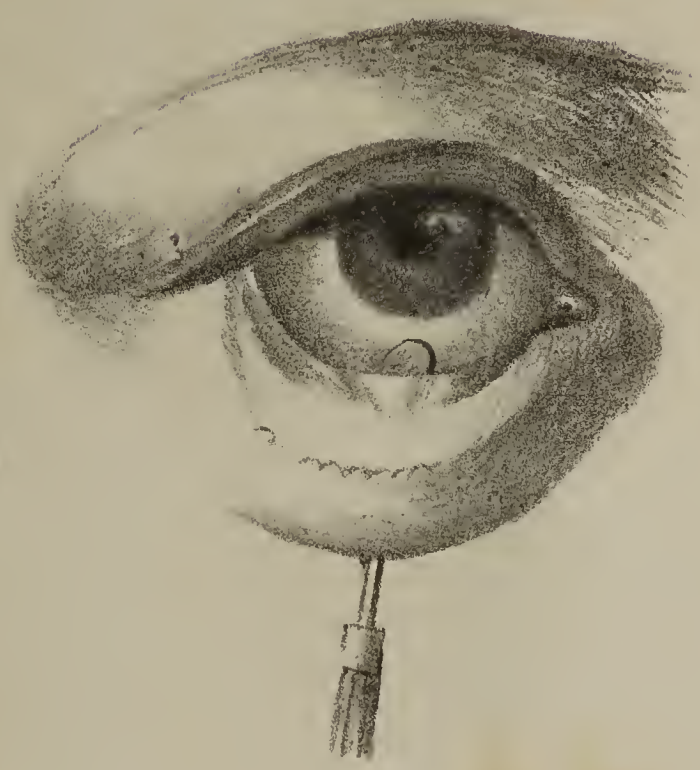


Fig. 3.

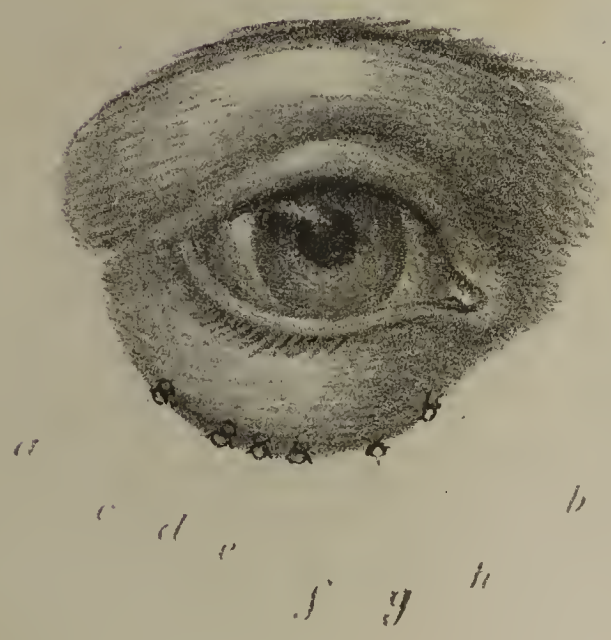


Fig. 4

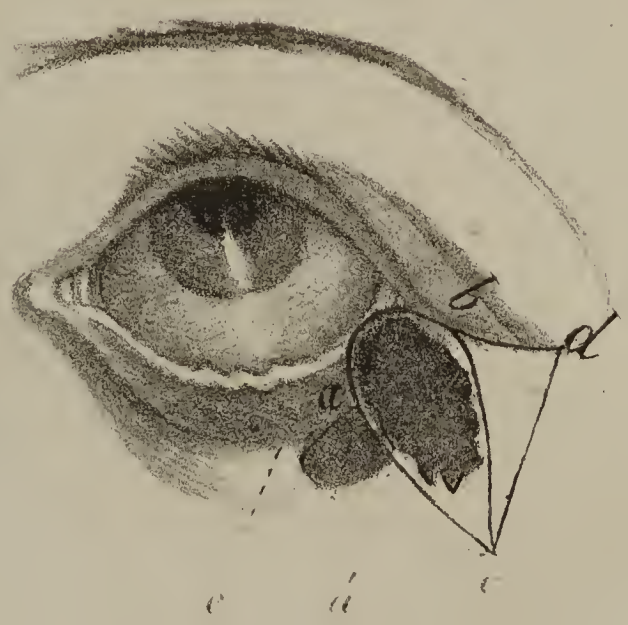


Planche 2.

D. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

—

SÉANCE DU 25 OCTOBRE.

Suture de la conjonctive après l'opératon du strabisme.

M. le docteur Florent Cunier adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de faire part à l'Académie d'un moyen que j'ai imaginé et que je mets en usage depuis plusieurs mois (1) pour obvier à la saillie plus ou moins marquée que forme presque toujours le globe de l'œil, par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans la profondeur de l'angle interne, après la section de l'adducteur oculaire dans le strabisme convergent.

A l'aide d'une aiguille courbe très-fine, je passe à travers la partie moyenne des deux lambeaux de conjonctive, un point de suture que j'enlève dès le second ou troisième jour, l'adhérence au globe ayant lieu déjà alors.

Le fil dont je me sers n'est pas ciré ; sa présence ne détermine dans l'œil aucune gêne, aucune espèce de sensation.

Lorsque deux où trois muscles avaient été divisés, j'ai placé impunément plusieurs points de suture.

Il n'est pas prudent de mettre les deux lambeaux en contact immédiat ; cette pratique serait, dans un grand nombre de cas, cause de la persistance du strabisme, et il faudrait enlever immédiatement le fil, qui ne doit servir ici qu'à maintenir la caroncule en place.

Dans un cas où l'œil avait fui dans l'angle externe, après la tension du droit interne, j'ai réussi à faire cesser cette nouvelle déviation en retranchant un morceau du lambeau conjonctival interne, et en réunissant ensuite bien exactement au moyen de deux points de suture.

J'ai suivi la conduite que je recommande dans plus de 100 cas de strabisme opérés dans ces derniers temps, en présence de MM. les docteurs Uytterhoven, Trumper, Rucloux, Hernau, Fleussu (de Bruxelles), Bulckens (de Malines), etc. etc., toujours la suture a prévenu cette excavation, parfois si disgracieuse, de canthe interne, signalée avec raison comme une des imperfections du procédé ordinaire de la strabotomie, et la saillie du globe oculaire, qui en est le résultat.

(1) Voir dans mes Annales d'Oculistique, août 1841, p. 222, un article du docteur Flessu.

De la hiérarchie des races humaines.

M. J.-J. Virey adresse une lettre sur ce sujet dont voici un extrait :

... On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, à décrire un grand nombre de races ou même d'*espèces d'hommes*, pour classer toutes les nations connues du genre humain selon leurs rapports de connexité.

Depuis que les travaux anatomiques de Camper, de Sommerring, de G. Cuvier, ont manifesté l'infériorité du type nègre, on a cherché l'ordre hiérarchique des souches dans la grande famille humaine, soit comme variétés d'une tige unique, soit comme espèces primordiales, capables néanmoins de se croiser et se mélanger. Nous avons essayé de déterminer les caractères de la supériorité physiologique ascendante des unes sur les autres (1), prouvées par l'histoire des migrations et dominations successives. En effet, on a vu les tiges *éthiopiques* et *mélanciennes* opprimées par les races *cuivrées* (Malaies) ; celles-ci céder l'empire aux peuples *jaunes* (Mongols); et enfin, la belle race *blanche* (caucasique) régner par l'intelligence, l'industrie et le courage, même en moindre nombre, partout où elle s'établit sur le globe.

Puisque cette supériorité proportionnelle paraît incontestable et admise maintenant comme loi anthropologique, il importe d'en signaler les causes organiques qui n'ont point encore été bien développées, nous osons le dire, même par des naturalistes éminents, Blumenbach, Pallas, G. Cuvier, Tiedemann, Prichard, etc.

Voici notre proposition : *La seule position du trou occipal et son rapprochement du voile du palais offre la mesure du redressement de l'homme et du degré de perfection de ses races, mieux encore que l'ouverture de l'angle facile de Camper.*

Ainsi les orangs, à station oblique (comme animaux grimpeurs), ont le trou occipital reculé (2), la tête non équilibrée sur les vertèbres atlas et axis, puisque les mâchoires étant très-proéminentes la font pencher en avant.

Le nègre, homme à station plus verticale, n'est cependant point droit parfaitement encore ; ses jambes, son bassin restent en partie fléchis ; aussi le trou occipital se montre encore éloigné du centre

(1) Histoire naturelle du genre humain, édit., de 1801, t. II, et seconde édition de 1824, t. III, p. 48 et p. 436, et t. I, p. 47.

(2) Voir Richard Owen, Zoological transact., t. I, London, 1835, 4°.

de gravité du crâne, lequel s'incline naturellement par la prolongation du museau.

Mais, à mesure que les races humaines passent à des conditions plus perfectionnées chez les cuivres, les jaunes, et surtout les blancs, le trou occipital se rapproche davantage en avant vers le voile du palais au centre d'équilibre, comme l'avait remarqué déjà Daubenton pour les quadrupèdes. Alors les mâhoires s'accourcissent, le front se relève et l'angle facial s'ouvre de 80° à 90°, en sorte que l'*organe penseur surmonte et domine l'organe manducateur*. L'animalité, alors, subordonnée à l'élément intelligent, atteint son faîte absolu.

En effet, l'homme blanc présente la station la plus perpendiculaire; sa médulle spino-cérébrale, en montant, peut déployer ses hémisphères complétement, se renfler avec ampleur et parfaite harmonie, en forme de crosse, sous les larges vertèbres crâniennes; elle s'infléchit au front et aux sens de la face; ainsi se dilate l'encépale humain au plus haut degré d'intellect et de *réflexion*.

Donc, plus le système cérébro-rachidien se centralise, à mesure que l'individu se redresse naturellement debout, plus l'*animalité* s'élève à l'*humanité*. Ce fait s'explique, jusqu'à un certain point, par l'afflux du sang des carotides internes, qui coule à plein canal chez le blanc à station droite, et le dispose aussi à l'apoplexie. Mais, chez le nègre, et surtout dans les brutes à station horizontale, les carotides internes étant infléchies davantage à mesure que l'animal se courbe, elles versent moins de sang au cerveau; l'afflux de ce liquide nourricier se porte alors avec plus de prédominance dans les carotides externes, et développe ainsi les parties maxillaires, ou allonge les os de la face, au préjudice de l'encéphale, chez ces êtres inférieurs.

Ainsi commence l'infériorité de nègres, hommes primitifs, surtout des groupes qui habitent le pôle sud, les Hottentots, les Australiens et autres rameaux mélaniens *prognathes*, à dents obliques, à vocalisations imparfaites et à entendement obtus.

A proportion que l'encéphale s'amoindrit, se recule et reflue vers le rachis, celui-ci obtient, en compensation, plus de force et de capacité relatives. C'est encore ainsi que, chez le nègre, les organes intellectuels étant moins développés, les génitaux acquièrent plus de prépondérance et d'extension.

Ensuite, on arrive, en remontant aux races successivement plus civilisables, aux Chinois et autres Mongols, pour atteindre la race supérieure dont les rameaux indous et arabes (araméens) font partie, mais dont les tiges pélasgiques (grecques), et les celto-germaniques blondes sont les plus nobles ou les plus industrieuses et intellectuelles...

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE.

Méthode hémospasique.

M. Junod lit quelques observations en faveur de la méthode hémospasique, dont il fit connaître les premières applications, à l'Académie, le 25 août 1834. Depuis lors, il a dû d'importants succès à ce mode de révulsion, dont le principe est entièrement conforme aux lois physiologiques; et, en effet, on ne peut pas déplacer une grande masse de sang sans déterminer de grandes modifications dans l'économie. Parmi les faits qu'il a recueillis récemment, le suivant n'est pas un des moins intéressants.

Une jeune personne présentait une aménorrhée, dont le retour était sujet à des intermittences; elle avait aussi une paraplégie, ainsi qu'une gibbosité lombaire commerçante. Les extrémités inférieures étaient froides et la circulation y languissait, en même temps que les artères carotides battaient avec force. Tous les moyens rationnels avaient été inutilement employés depuis deux ans contre cette affection compliquée; entre autres médications, on avait placé 15 cantères sur la colonne vertébrale. M. Junod, ayant constaté que l'aménorrhée avait été le point de départ des accidents, pratiqua l'hémospasie sur les membres inférieurs. Après la cinquième séance, le flux menstruel se rétablit, et la guérison s'avançait, lorsqu'il survint une péripneumonie. On parvint à en triompher; mais pendant la convelescence l'aménorrhée reparut et avec elle tous les premiers symptômes. L'hémospasie dissipa de nouveau et la cause et les effets. Cette malade a été traitée en présence de MM. Magendie, Chomel et Olivier d'Angers.

M. Junod lit encore le titre de plusieurs observations, qui témoignent de l'efficacité de sa méthode.

1° Amaurose accidentelle; récidive; guérison par une seule hémospasie.

2° Amaurose causée par la cessation du flux menstruel, guérie par la méthode hémospasique.

3° Pneumonie déterminée par une phthisie commençante; guérison par l'hémospasie.

4° Pneumonie; insuffisance d'un traitement antiphlogistique et contra-stimulant; guérison par l'hémospasie.

(Commissaires : MM. Magendie, Larrey et Roux.)

Influence d'une haute pression atmosphérique sur l'économie animale.

M. Poiseuille rappelle à l'Académie des recherches qu'il a entreprises il y a plusieurs années pour déterminer quelle est l'influence d'une haute pression atmosphérique sur l'économie animale.

Des salamandres, qu'il a soumises à une pression de 7 atmosphères, n'ont rien offert d'anormal dans leur circulation. Cette expérience a été répétée avec le même résultat sur des mammifères, tels que des souris et des rats. Des souris, qui avaient supporté pendant quelques heures une pression de 8 atmosphères, ont mangé et ont recommencé de se livrer à leurs mouvements habituels dès qu'on a eu suspendu l'expérience.

Les recherches de M. Poiseuille font partie de son mémoire, publié depuis longtemps, *sur la circulation capillaire*.

Existence d'une huile particulière dans l'épiploon des batraciens.

M. Rossignol fait connaître une nouvelle série de corps gras que fournit en abondance l'épiploon des batraciens et en particulier des salamandres aqua-

tiques (*triton*). L'épiploon de ces animaux, très-volumineux, est entièrement formé par la réunion d'un grand nombre de cellules, qui constituent un véritable tissu adipeux et sont remplies d'une huile jaune abondante assez fluide, et dont l'odeur rappelle celle de l'huile de noix, rance. Cette matière grasse est beaucoup plus abondante en hiver qu'en toute autre saison, et notamment au printemps, ce qui autorise à supposer que ces animaux vivent une partie de l'année aux dépens de cette graisse. L'extraction en est on ne peut plus facile; une simple pression à froid suffit pour en vider l'épiploon. Cette huile se distingue de toutes celles que l'on connaît, en ce qu'elle est presque entièrement formée d'une matière analogue à l'acide oléique unie à une matière colorante et de nature grasse.

Traitement de la surdité.

M. Ducros envoie un travail ayant pour titre: examen critique de la perforation de la membrane du tympan, des douches d'air comprimé, de l'ablation des amygdales, des injections d'air et d'eau dans la surdité. Explication de la guérison momentanée de la surdité de l'ouvrier Bloc d'après les expériences de M. l'ingénieur Triger dans l'exploitation des mines de la Loire.

D'après l'auteur, la plupart des surdités sont dues à l'existence d'une maladie cutanée qui empêche les fonctions de la peau, et avec laquelle coïncide ordinairement une inflammation catarrhale de l'arrière-bouche, des fosses nasales, de la trompe d'Eustachi et de la caisse du tympan. La phlegmasie de ces membranes détermine l'atonie et la paralysie plus ou moins complète des nerfs auditifs. Le seul moyen de remédier à cet état consiste a rappeler d'abord l'appareil cutané à son activité première, en *décapant* la peau par l'usage des bains nitro-muriatiques et des frictions excitantes. Après ce traitement préparatoire, on agit directement contre l'atonie des nerfs auditifs par les cautérisations du pharynx et du pavillon de la trompe d'Eustachi, cautérisations que l'on pratique avec la teinture d'ammoniaque et de gomme laque, ou le nitrate acide de mercure, et qui doivent être, dans quelques cas, répétées jusqu'à 90 et 100 fois.

M. Ducros n'accorde qu'une très-faible valeur aux divers moyens employés habituellement contre la surdité. La perforation du tympan ne produit qu'une amélioration temporaire, et qui cesse dès que la douleur de l'opération est dissipée. C'est également par la douleur que causent les douches d'air comprimé, qu'il explique le bon effet de leur emploi. Les ouvriers, placés dans le puits où M. Triger avait comprimé l'air à plusieurs atmosphères, éprouvaient tous de la douleur, et cessaient d'entendre, tandis que l'un d'eux, le nommé Bloc, sourd depuis longtemps auparavant, entendait mieux au contraire lorsqu'il était dans le puits. L'ablation des amygdales, agissant de la même manière, sera encore un moyen infidèle. Il en est de même des injections d'air et d'eau qui ont de plus l'inconvénient d'exposer à des otites plus ou moins graves, du moins lorsque la sonde a réellement pénétré dans la trompe d'Eustachi, car M. Ducros pense que très-souvent l'opérateur ne parvient pas jusque-là, et que l'instrument reste alors dans l'un des méats des fosses nasales.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE.

Transmission de la morve de l'homme à l'homme.

M. A. Bérard fait la communication suivante :

La transmission du farcin et de la morve du cheval à l'homme est un phénomène que des faits nombreux et bien observés ont mis hors de doute, et personne aujourd'hui ne conteste la réalité de cette contagion. Mais jusqu'à ce jour il était sans exemple qu'un homme, affecté de la morve aiguë eût communiqué cette maladie aux personnes qui l'approchaient et desquelles il recevait des soins. Cependant cette espèce de contagion était à craindre, puisque la propriété contagieuse de la morve de l'homme était démontrée par le résultat des inoculations faites sur les chevaux avec le pus provenant des malades atteints de cette terrible maladie.

Aujourd'hui cette crainte se trouve malheureusement confirmée, et c'est une observation de contagion de la morve de l'homme à l'homme que je viens présenter à l'Acodémie.

Obs. — M. Rocher, étudiant en médecine, externe dans mon service à l'hôpital Necker, était chargé du pansement d'un malade affecté de farcin chronique, puis de morve aiguë, à laquelle il a succombé le mois dernier (voy. *Gaz. Méd.*, n° 54). Les pansements ont nécessité un contact journalier entre le malade et l'élève; de plus, celui-ci, plein de zèle pour la science, prolongeait encore ses relations avec le farcineux, en se livrant à un examen minutieux de la maladie, dont il recueillait l'observation avec le plus grand soin.

Après la mort du malade, M. Rocher prit une part très-active à l'autopsie, et, pendant qu'on sciait les fosses nasales, il maintenait la tête immobile, en appuyant les mains sur les téguments des tempes et de la face qui étaient le siége de l'éruption gangréneuse de la morve. Je dois ajouter que, pendant tout le temps que M. Rocher pansa le malade, il n'eut ni écorchures, ni plaies aux mains; il eut toujours soin de se laver après l'avoir touché.

Telles sont les circonstances au milieu desquelles M. Rocher a contracté la maladie. Un peu avant la mort du palefrenier, ce malheureux élève éprouvait déjà des coliques, de la diarrhée; mais ce ne fut que dans la nuit qui suivit l'autopsie que le mal fit explosion. M. Rocher se réveille avec du frisson, auquel succède la fièvre et un endolorissement général. Les deux jours suivants, quoique courbaturé il se lève et quitte encore la chambre; mais le troisième jour, les douleurs deviennent beaucoup plus vives et se localisent dans la cuisse gauche, l'épaule droite et le côté droit de la poitrine. Le cinquième jour, je découvre dans l'épaisseur de la cuisse et de l'épaule des tumeurs ayant le caractère des tumeurs farcineuses, et je porte dès lors le pronostic le plus grave sur l'issue de la maladie. Dans les jours qui suivent, la tumeur de l'épaule est résorbée, celle de

la cuisse se ramollit et devient fluctuante. J'en fis l'ouverture avec le bistouri six jours après son apparition. Le liquide qui en sort est formé de pus mêlé à du sang. Il a été recueilli et livré à M. Leblanc, qui l'a inoculé le jour même à un cheval.

Cependant, une nouvelle tumeur, précédée d'une douleur excessive, apparaît sur la malléole interne du pied droit, et, dans l'espace de trois jours, elle arrive à suppuration.

Enfin, quatorze jours après l'invasion de la maladie, la peau du nez devient rouge, chaude et douloureuse; le lendemain, la rougeur s'étend aux joues, aux paupières, au milieu du front; des phlyctènes gangréneuses, des pustules apparaissent çà et là sur les parties rouges et gonflées du visage.

Ces désordres sont encore plus prononcés le jour suivant : un liquide sanguinolent s'écoule en abondance par le nez; de nombreuses pustules recouvrent toutes les parties du corps, et M. Rocher succombe dans la nuit, le seizième jour de la maladie.

Le cheval inoculé par M. Leblanc est mort le même jour, après avoir offert les symptôme du farcin et de la morve aiguë. L'examen de ses deux fosses nasales a montré l'existence des lésions qui caractérisent cette dernière affection.

L'observation dont je viens de rapporter les faits principaux, ajoute M. Bérard, prouve sans réplique la propriété contagieuse de la morve de l'homme à l'homme.

Ce n'est point par inoculation que M. Rocher a contracté la maladie; il n'a pas eu d'écorchures aux doigts pendant tout le temps qu'il a pansé le palefrenier morveux; il ne s'est ni piqué, ni coupé à l'autopsie; il a toujours eu l'attention de se laver les mains avec soin après avoir touché le malade. C'est donc par suite d'une infection miasmatique analogue à celle de la variole, de la scarlatine, que ce malheureux jeune homme a contracté la morve.

Sous le rapport de la science, ce fait présente déjà un grand intérêt, mais il offre encore plus d'importance sous le rapport de la santé publique; il nous montre que ce n'est pas sans danger qu'on donne des soins aux individus affectés de la morve, et il engagera par conséquent les médecins à prendre et à recommander certaines précautions pour se mettre à l'abri de la contagion autant que possible, sans toutefois manquer aux devoirs de la profession. Je dois ajouter que ce fait est de nature à éveiller la sollicitude du gouvernement, et à provoquer de sa part la mise à exécution plus rigoureuse des règlements qui prescrivent d'abattre les chevaux morveux.

Vu l'importance du sujet, cette communication est renvoyée à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

Traitement du diabète sucré.

M. Bouchardat lit un travail : *Nouvelles recherches sur le diabète sucré.* Le point le plus difficile dans le traitement du diabète est d'assujétir les malades à l'abstinence prolongée et complète des aliments féculents. Tôt ou tard, ils cèdent à la tentation, et alors les accidents reparaissent, et amènent une terminaisan funeste. Cependant, chose remarquable, le sucre disparaît de l'urine quelques jours avant la mort; mais cela peut aisément se comprendre si l'on réfléchit que, lorsqu'ils sont arrivés à cette période, les malades ne font plus usage d'aucune espèce d'aliment.

J'avais annoncé dans mon dernier mémoire qu'il ne m'avait pas encore été donné de faire une seule autopsie de diabétique. Depuis lors, trois de mes malades ont succombé. Un résultat aussi fâcheux m'avait beaucoup découragé, lorsque le travail récent de M. Biot sur l'emploi des caractères optiques dans le diagnostic de cette affection m'inspira le désir de compléter mes recherches, en me mettant à même de reconnaître le diabète dès son debut.

Deux points importants doivent être l'objet du médecin dans le traitement de cette maladie :

1° Remplacer le pain par un aliment moins féculent. Quelque difficile que fût cette première indication, je crois être parvenu à la remplir, au moins d'une manière approximative, en faisant préparer avec le gluten un pain qui ne contient plus que 1/6 de fécule.

2° Rétablir l'économie du diabétique dans son état normal. Remarquons d'abord que la sécrétion acide de la peau est interrompue dans le diabète, tandis que la sécrétion des glandes et des membranes muqueuses du canal digestif est pervertie et devient acide d'alcaline qu'elle était. Pour corriger ces modifications anormales de composition des liquides sécrétés, je propose d'exciter l'action de la peau par l'usage continuel des vêtements de flanelle, et d'administrer à l'intérieur des préparations d'opium et et de sels ammoniacaux. Il est important d'observer que lorsque le malade prend du carbonate d'ammoniaque, par exemple, ses urines ne commencent à devenir alcalines que quelques jours après qu'il a commencé l'usage de ce médicament.

M. Bouchardat lit quatre observations qui prouvent les bons effets du traitement dont il vient d'exposer les principes. De ces quatre observations, il en est deux qui sont un exemple du retour complet et persévérant des urines à l'état normal chez un diabétique, ce qui est un fait très-rare. Les deux malades dont il s'agit ont seuls été soumis à l'usage de vêtements de flanelle, et cette diaphorèse constante a heureusement secondé l'action des autres médications.

Commissaires : MM. Thénard, Biot, Magendie, Dumas et Serres.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE.

Moyen de combattre la saillie, la déviation et la perte du mouvement des yeux, consécutives à l'opération du strabisme; par le docteur JULES GUÉRIN.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur ce sujet.

M. Chervin adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Paris, le 22 novembre 1841.

« Monsieur le président,

« Lorsque l'on croit devoir répondre à un mé-

moire qui a été lu devant un corps savant, il est d'usage d'adresser la réponse à ce même corps, qui, par ce moyen, est plus à même de juger avec connaissance de cause les questions qui lui sont soumises.

« Depuis quelque temps on s'est néanmoins écarté de cette marche si simple, si naturelle, si logique. Des travaux présentes à l'Académie des sciences ont été attaqués dans le sein de l'Académie de médecine, et lundi dernier, M. Bertulus, ancien chirurgien-major de la corvette *la Caravane*, a soumis au jugement de l'Académie des sciences une réponse à un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine pour refuter les erreurs graves que ce chirurgien a publiées dans le but d'établir que nos relations avec les Antilles exposent l'Europe aux ravages de la fièvre jaune.

« Loin de me plaindre de la marche irrégulière et insolite qu'a suivie dans cette circonstance M. Bertulus, je m'en félicite hautement, puisqu'elle m'amène devant des juges si éclairés, si indépendants et si amis de la vérité.

« Je prie en conséquence M. le secrétaire perpétuel de vouloir bien m'inscrire pour une prochaine lecture, dans laquelle je répliquerai aux assertions de M. Bertulus.

« Agréez, etc. CHERVIN, D. M. P. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

—

SÉANCE DU 26 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Phrénologie.

M. Bouillaud lit un rapport de M. Voisin, intitulé : *Sur l'organisation cérébrale défectueuse de la plupart des criminels*. M. Bouillaud commence par des courtes réflexions sur la phrénologie. Ce mot, dit-il, emporte ordinairement avec lui l'idée d'une doctrine entière comprenant toute la physiologie du cerveau, doctrine dont Gall a été l'auteur. Les questions auxquelles elle s'adresse constituent un problème compliqué dont la solution ne pourra être que l'œuvre des siècles. Mais il n'y a pas besoin d'attendre que cette solution soit réalisée pour admettre dès à présent comme principe la pluralité des organes cérébraux, ce qui est le côté pratique et en même temps le côté neuf de la question. L'origine de cette science, qui consiste à reconnaître les qualités de l'esprit par la conformation de la tête, est plus ancienne qu'on ne le pense ; Cicéron en parle, et cite plusieurs exemples où elle fut appliquée avec succès ; Sénèque la mentionne aussi, bien que, dans plus d'un passage, il la traite assez ironiquement.

Dans son mémoire qui fut présenté à l'Académie le 3 juillet 1838, M. Voisin a posé deux principes culminants. Le premier, c'est que la statistique des tribunaux et des cours d'assises a démontré mathématiquement que les criminels sortent en masse des classes inférieures de la société. Le second, c'est que les deux tiers des condamnés, ou 315 sur 500, ont une organisation vicieuse du cerveau, et rappellent trait pour trait la conformation du crâne de quelques supliciés, dont les têtes ont été montrées par M. Voisin à l'Académie, notamment des nommés Martin, Léger, Boutillier. Ces deux considérations sont bien de nature à fixer l'attention des législateurs et des philosophes.

M. Voisin a visité la maison des jeunes détenus, de concert avec les chefs des établissements, circonstance qui donne plus de valeur aux résultats, puisqu'elle a permis de les contrôler immédiatement et de la manière la plus authentique.

400 jeunes gens comparurent devant lui. Après les avoir rapidement examinés de l'œil et de la main, il les faisait placer à sa droite ou à sa gauche, selon qu'il trouvait leur crâne bien ou mal coformé, classement dont la solennité rappelait celle du jugement dernier. Ces deux groupes phrénologiquement distincts, ayant été formés, il subdivisa le nombre total en quatre séries secondaires, composées, la première, des meilleures sujets; la dernière, de ceux réputés les plus vicieux, et deux classes intermédiaires se rapprochant l'une de la première, l'autre de la seconde série ; 25 seulement furent jugés dignes de figurer dans la première ; en revanche, la quatrième en compta 65, la deuxième 77, et la troisième 91. On voit donc que les mots *beaucoup d'appelés et peu d'élus* trouvaient ici une application exacte, et que, somme toute, le génie du mal l'emportait encore sur le génie du bien.

Cette répartition définitive une fois faite, il s'agissait de savoir si elle était juste et si les arrêts de *notre Minos phrénologique* ne se trouveraient point en contradiction avec les avis des directeurs de la Maison, MM. Bonlon et Coupignac de Villars. Mais ces messieurs, consultés à leur tour, déclarèrent que ce résultat était, à très-peu de chose près, en harmonie avec ce qu'ils avaient eux-mêmes reconnu sur les dispositions des jeunes gens soumis à leur observation. C'est alors que M. Voisin, dont l'imagination est si vive, s'écria, dans un transport d'enthousiasme bien justifié par ce qui précède : Messieurs, d'après ce que vous venez d'entendre, de deux choses l'une, ou je suis un sorcier, ou j'ai une science.

L'Académie, continue M. Bouillaud, sera sans doute frappée de ce dilemme, et comme elle a trop de confiance dans les lumières de M. Voisin pour le ranger au nombre des sorciers, elle n'hésitera pas à regarder, comme formant une science, les principes dont il a fourni une application si heureuse. Elle n'admettra peut-être pas la totalité de ces conclusions ; mais usant d'une formule fort employée aujourd'hui, parce qu'elle est éminemment peu compromettante, elle ne pourra du moins s'empêcher de dire : il y a là quelque chose.

Quelque diverses que soient aujourd'hui les opinions sur ce qui touche à la phrénologie, il y a eu

unanimité dans la commission pour proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser à M. Voisin une lettre de remercîments ;

2° L'engager à multiplier les expériences qui, ainsi que celles dont il a rendu vos commissaires témoins, sont bien plus propres que le raisonnement à plaider la cause de la phrénologie;

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats.

M. Nacquart : On pourrait objecter, aux expériences dont vous venez d'entendre le récit, que la capacité des individus avait été appréciée autant d'après l'inspection de la physionomie que par celle du crâne. Il faudrait, pour éviter cette difficulté, couvrir d'un masque le visage des personnes ou les examiner par derrière.

M. Londe : Il serait impossible d'user du masque, puisqu'il y a, suivant les phrénologistes, des organes correspondant au front, et d'autres du volume desquels on ne peut juger que par la saillie des yeux.

M. Nacquart : Qui empêcherait de laisser les yeux à découvert et de cacher seulement le bas de la figure ?

M. Rochoux : Si le cerveau contient plusieurs organes différents, comme l'assurent les phrénologistes, essayez donc d'en faire la distinction. Vous ne pourriez les reconnaître sur le cadavre, et vous voulez les apprécier sur le vivant alors qu'ils sont en outre recouverts des membranes, du crâne et des téguments ! Cette prétention me rappelle l'histoire du curé de village qui montrait aux dévôts le cheveu d'une sainte en grand renom, et leur en faisait admirer la longueur et la beauté. Un paysan, moins confiant, s'étant approché et ne pouvant parvenir à le voir : je le crois bien, lui dit le bon prêtre, voilà trente ans que je le montre et je ne l'ai pas encore vu.

M. Bouvier : Les phrénologistes commettent souvent des ommissions fort graves dans l'examen du crâne. Ainsi M. Voisin a principalement jugé sur l'examen de la partie antérieure, et cependant la partie postérieure de la tête contient des organes qui ont bien aussi leur importance.

M. Ferrus : J'avais l'honneur de faire partie de la commission nommée pour juger le travail de M. Voisin, et si je regrette vivement de n'avoir pu être présent à sa visite aux jeunes détenus, je ne massocie pas moins de tout mon cœur aux conclusions de l'honorable rapporteur, s'il veut bien y consentir. Je vais toutefois présenter quelques observations. M. Nacquart a demandé qu'on mît un masque sur le visage des personnes dont on cherche à reconnaître la moralité et l'intelligence, de peur que les jugements ne parussent dictés plutôt par l'inspection des traits de la figure que par l'examen du crâne. Mais, Messieurs, personne n'entend la la prénologie de cette manière. Gall lui-même ne pensait pas qu'il fût inutile de consulter la physionomie. Pour moi, j'ai souvent fait des observations prénologiques, et je déclare que je ne les croirais pas complètes si on n'avait pas tenu compte de la physionomie, de l'expression des traits, de l'état de la peau, etc. C'est une concession, me dira-t-on, cela détruit la théorie des bosses ! Pas le moins du monde : Gall, Spurzheim, M. Bouillaud et tous ceux qui s'occupent de cette question ne la comprennent pas autrement.

M. Bouvier dit qu'il a fait des études comparatives sur la conformation du crâne des idiots ; mais c'est une question tout à fait à part, car, chez la plupart des idiots, le cerveau est dans un état pathologique ; il y a hydrocéphale, par exemple, ou une autre lésion ; et, dans ces circonstances, vous comprenez qu'il est absolument indifférent de tenir compte de son volume. On ne peut, en effet, comparer que des organes sains, et c'est d'ailleurs ainsi qu'on raisonne dès qu'il s'agit de tirer une iduction, quel que soit le sujet qu'on étudie. Qu'un individu, par exemple, ait la jambe bien faite, vous n'irez pas en conclure qu'il est bon marcheur, car il pourrait fort bien arriver qu'elle fût paralysée.

M. Rochoux doute qu'on puisse distinguer anatomiquement les divers organes cérébraux; il nous met au défit d'indiquer sur le cadavre les circonvolutions qui appartiennent à telle ou telle faculté. Eh mon Dieu ! M. Rochoux n'a donc jamais entendu Spurzheim; il aurait vu que c'est précisément là-dessus qu'il insistait dans ses leçons, localisant avec un rare talent les différents organes dans telle ou telle partie du cerveau. C'est même là ce qui a déterminé ma conversion aux principes de la phrénologie. Il est vrai que tout le monde ne pourrait y parvenir aussi aisément ; il est vrai que cela demande du temps, et qu'on ne peut pas toujours réussir à démontrer bien évidemment cette distinction. Aussi je comprends parfaitement la réserve qui a présidé aux conclusions de l'honorable rapporteur.

M. Bouvier a encore demandé si M. Voisin ne se livrait pas exclusivement à l'examen des parties supérieures et antérieures de la tête. M. Voisin a pu en effet dire que son examen a porté spécialement sur ces deux points, mais je ne crois pas qu'il ait négligé les autres régions. S'il l'avait fait, ce serait une faute, et je serais en dissidence avec lui sur ce point. On a aussi prétendu que les facultés de l'intelligence ont leur siége à la partie postérieure de la tête ; mais, en vérité, avec ce que nous savons aujourdh'ui là-dessus, une telle assertion a tout l'air d'une de ces plaisanteries qu'on jette dans la discussion sans y attacher la moindre importance.

M. Nacquart : Je rappelierai à M. Ferrus combien Gall se défendait contre tout rapprochement entre sa doctrine et celle de Lavater. Ce sont, disait-il, les penchants, les instincts qui modifient à la longue les traits de la physionomie ; mais il serait dangereux, dans l'examen, de remonter de l'inspection de la figure à celle du crâne.

M. Ferrus : Gall disait toujours : examinez d'abord le crâne, puis subsidiairement le visage. Spurzheim ne négligeait pas non plus de tenir compte de la physionomie. Faisant moi-même avec lui une visite phrénologique des détenus de Bicêtre, voici comment nous procédions : nous examinions en premier lieu la conformation du crâne, la tête étant recouverte d'un bonnet, puis nous recommencions l'exploration sur la tête à découvert, et en consultant aussi les traits de la figure. Enfin, nous terminions en nous faisant donner les notes relatives aux

antécédents et à la conduite actuelle de chaque détenu pour voir si elles étaient en rapport avec le résultat de nos observations.

M. Pelletier : Je demanderai à M. le rapporteur sous quel point de vue M. Voisin a porté son jugement. Est ce par rapport à l'intelligence ou par rapport à la moralité que ces classifications ont été établies ? Il y a une différence immense entre ces deux conditions : tel homme peut être placé au dernier échelon quant à la moralité et occuper un des premiers rangs pour ce qui regarde les facultés intellectuelles. Lacenaire en est un exemple remarquable.

M. Bouilaud : Voici comment M. Voisin a agi : il avait trouvé une ressemblance frappante entre les crânes des suppliciés dont j'ai parlé et ceux de quelques-uns des détenus, et c'est ce qui lui a donné l'idée de les soumettre tous à une visite. Il a procédé par groupes d'organes et par grandes catégories. Il aurait pu, à la vérité, faire des sous-divisions particulières, et j'approuve tout à fait, à ce point de vue, ce que vient de dire M. Pelletier.

M. Pelletier : Ce mode de classification est on ne peut plus défectueux. L'intelligence et la moralité se trouvent si souvent séparées sur le même individu qu'on ne saurait adopter une méthode qui les confond. Est-il possible d'affirmer qu'un homme très-intelligent est nécessairement aussi très-moral ? En ce cas, M. le rapporteur serait à coup sûr l'homme le plus vertueux que je connaisse.

M. Londe : M. Rochoux a dit que la phrénologie n'a pas de base solide, et il s'est appuyé pour le démontrer sur ce que les fonctions du cervelet ont été diversement définies par différents observateurs; Gall le regardant comme l'organe de l'amour physique et M. Bouillaud croyant qu'il sert à régulariser les mouvements de translation. Mais ces contradictions ne prouvent rien contre la phrénologie ; tout au plus nous autoriseraient-elles à dire que Gall s'est trompé.

M. Gerdy : J'avais l'honneur d'être membre de la commission ; mais, de même que M. Ferrus, je n'ai pu assister à la visite que M. Voisin a faite dans la maison des détenus. Une chose m'a cependant frappé dans ce que vous venez d'entendre du mémoire de ce médecin. Il avance que les crimes sont plus nombreux dans les classes inférieures. Je ne vois pas quelles conséquences on veut tirer de là ; je ne sais même si l'on en peut tirer une conséquence. Ne faut-il pas tenir compte de la facilité avec laquelle les hommes qui jouissent d'une certaine fortune et des bienfaits de l'éducation savent se mettre à l'abri des poursuites, en dissimulant leurs actions coupables ? J'aurais aussi voulu que les directeurs de la maison eussent été appelés à donner leur avis sur la conduite des détenus avant, et non pas après la visite du médecin ; c'est le seul moyen d'empêcher que cet avis soit exempt de toute influence, de toute préoccupation. Le rapport contient encore un fait important : on y avoue que, dans chacune des théories établies par M. Voisin, il y a eu quelques erreurs. Mais quel a été le nombre de ces erreurs? Quelle en a surtout été la nature? Un individu d'une moralité satisfaisante aurait-il, par exemple, été rangé parmi les plus pervers ? On conçoit quelle importance aurait une pareille erreur, et combien elle compromettrait à la fois la science qui y exposerait et la société qui accepterait les résultats de cette science comme base d'une réorganisation des lois criminelles. Enfin, on n'a opéré que sur des enfants, et tout le monde sait que les passions ne se développent qu'avec les progrès de l'âge. Je ne pense donc pas qu'on puisse légitimement conclure des dispositions morales d'un enfant à la connaissance de ses penchants lorsqu'il sera homme.

Quant à ce qu'a dit M. Ferrus, que l'examen phrénologique se base non seulement sur l'inspection du crâne, mais sur celle de la figure, etc., je je crois qu'il a altéré la phrénologie, du moins autant que je la connaisse, car je ne l'ai jamais pratiquée. Mais, d'après tout ce que j'ai entendu dire, il ne me paraît point probable que Gall, qui, en toute occasion, manifestait son mépris pour Lavater, eût voulut se faire de la physiognomonie un auxiliaire. Gall, comme l'a dit avec raison M. Nacquart, est un des plus grands idéologistes, des plus grands philosophes de notre époque ; mais je reconnais, avec M. Bouillaud, qu'il n'est pas l'inventeur de la doctrine qu'on lui attribue; je reconnais aussi, quoique cela puisse sembler en opposition avec les éloges que je viens de lui donner, que cette doctrine n'est pas complétement satisfaisante, au point de vue du classement des facultés. On distinguait autrefois dans l'intelligence le raisonnement, lattention, la comparaison, etc. Gall a fait voir que ce n'étaient point là des facutlés uniques. Eh bien! tant qu'il n'a fallu que démolir les anciennes théories, il a été admirable ; mais quand il été question d'en élever une, il n'a pas aussi bien réussi. Prenons pour exemple sa faculté de la musique ; je trouverais encore à y faire plusieurs divisions très-naturelles. Ainsi tel homme brille dans la composition, tel autre dans l'exécution, celui-ci est un excellent improvisateur, celui-là sera remarquable par son aptitude à reproduire les morceaux qu'il n'aura entendus qu'une fois. Ce sont là autant d'éléments dans une seule et même faculté, et il en est ainsi de toutes les autres, talent de la peinture, des mathématiques, etc., toutes, sans exception, peuvent être subdivisées en un nombre plus ou moins considérable d'autres facultés. Il faut donc chercher ailleurs les facultés simples, élémentaires, primitives. En deux mots, on peut dire que dans la classification des anciens, on n'avait posé que des facultés génériques, embrassant chacune un grand nombre d'espèces secondaires; l'étude de ces espèces est encore à faire, car Gall, comme je viens de le montrer, n'y a pas tout à fait réussi. Je crois que c'est dans cette voie que doivent être dirigées dorénavant les études physiologiques.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Phrénologie.

L'ordre du jour est la continuation de la discussion sur le mémoire de M. Voisin.

M. Bouillaud, rapporteur : La discussion qui a eu lieu dans la dernière séance a suffisamment prouvé qu'on ne doit pas s'attendre à l'unanimité des suffrages dans une Société savante. Nous avions donc fait sagement de ne pas engager dans notre rapport la doctrine de Gall. Aussi, il n'a été l'objet d'aucune attaque de la part des honorables argumentateurs, et nos conclusions sont restées intactes. J'aurai donc seulement à répondre à quelques-unes des observations générales qui ont été faites sur la phrénologie.

La doctrine rappelée par M. Bouvier et dans laquelle on place le siége des facultés intellectuelles à la partie postérieure de la tête, n'est soutenue par aucune preuve. Au contraire, dans toutes les apoplexies où l'intelligence est notablement altérée, on trouve l'épanchement dans les lobes antérieurs. Les expériences sur les animaux prouvent la même chose. De même, on ne rencontre jamais d'esprit bien supérieur parmi les hommes à front fuyant.

Gall avait reproché à Lavater beaucoup d'exagérations; mais cette accusation n'est pas très-juste. Lavater était au contraire très-froid ; c'était une véritable tête germanique. Du reste, il y avait si peu de différence entre eux qu'il est plusieurs fois arrivé à Gall de citer comme types de certaines facultés les mêmes individus que Lavater avait déjà choisis pour exemples.

Quant à ce qu'a dit M. Rochoux, je regrette de voir notre collègue tourner sans cesse dans le même cercle d'objections. Ainsi, il nous assure que jamais les phrénologistes n'ont pu toucher du doigt et distinguer sur un cerveau les divers organes qu'ils admettent. Mais oublie-t-il donc qu'on a fait, sous ce rapport, une sorte de géographie des facultés? La localisation peut être défectueuse, on peut du moins la contester, mais enfin elle existe. De même, la diversité des opinions émises sur les fonctions du cervelet ne prouve rien contre la possibilité de les reconnaître phrénologiquement.

M. Rochoux dit encore qu'il n'y a pas besoin d'admettre une foule d'organes pour expliquer les actes de l'intelligence, puisque les mouvements, par exemple, quoique de tant d'espèces différentes, sont tous régis par un seul et même organe, le système nerveux. Mais l'assimilation est loin d'être exacte. Que M. Rochoux nous démontre que tous les instincts sont identiques, comme tous les mouvements ; que la musique, par exemple, ressemble à l'architecture, au sentiment du bien ou du mal, etc., et alors j'admettrai volontiers avec lui qu'ils peuvent tous procéder d'un même organe.

M. Rochoux porte encore un défi aux phrénologistes : Vous ne voulez décidement pas, leur dit-il, me montrer les organes cérébraux distincts et isolés. Eh bien ! que M. Rochoux fasse examiner sa tête par un phrénologiste habitué à ces sortes d'explorations, et j'affirme qu'on lui dira parfaitement et sans avoir pu les connaître d'avance, quelles sont ses facultés dominantes. Ces sortes de divinations se font tous les jours. Un de mes amis, phrénologue très-expert, se trouvant un jour dans un omnibus, dit à l'individu qui était vis-à-vis de lui, et qu'il voyait pour la première fois, qu'il avait sans doute un amour très-prononcé pour l'ordre. Il se trouva, en effet, que cette personne offrait cette qualité développée à un très-haut point, et aimait à remettre tout à sa place dans un appartement, même chez des étrangers. Autre exemple : un homme présentait la bosse de l'amour de la propriété très-développée ; pendant longtemps on ne put découvrir qu'il se fût rendu coupable d'aucune soustraction frauduleuse, mais enfin on reconnut qu'il était allé plusieurs fois toucher en ville des créances qui ne lui appartenaient pas. On a pu aussi diagnostiquer un duelliste de profession aux caractères extérieurs de son crâne. En somme, s'il y a dans le système de Gall des parties qui ont été modifiées par ses successeurs, il est aussi des points auxquels on n'a pas retouché et qui sont restés tels qu'ils avaient été posés par lui. Pour moi, je déclare que j'ai toujours trouvé le fond de sa doctrine conforme à l'observation. Il y a des exceptions cependant, mais la plupart sont du nombre de celles qui confirment la règle. Souvent ceux qui ont cherché à apprécier l'influence des organes cérébraux ont négligé de tenir compte de la qualité aussi bien que de la quantité.

Terminons en réfutant une objection qui vient de haut. Napoléon a été un des plus vifs adversaires de la doctrine de Gall ; il faisait surtout remarquer, que parmi les instincts admis par lui, il en est quelques-uns qui sont le fait de l'organisation sociale, et qui n'existeraient pas sans elle. Y aurait-il, par exemple, disait-il, l'organe du vol s'il n'y avait pas de propriété? Que deviendrait la bosse de l'ivrognerie, si l'on ne trouvait pas de liqueurs fermentées ? Mais, Messieurs, continue M. Bouillaud, l'humanité et l'état social sont deux choses inséparables. Et dans la société, l'amour de la propriété est essentiellement inhérent au cœur de l'homme. Les progrès incessants qu'a accomplis la phrénologie la vengent assez dignement aujourd'hui des mépris de Napoléon, et le crâne de l'empereur est une des plus belles preuves de la vérité de ces principes. Je ne sais si M. Rochoux acceptera la proposition que je lui ai faite de se laisser examiner par un crânologiste ; dans ce cas on montrerait sans doute pareillement un jour le crâne de M. Rochoux comme confirmation des idées phrénologiques.

M. Bouvier : MM. Bouillaud et Ferrus m'ont représenté comme partisan de la doctrine de Neumann, qui met le siége de l'intelligence dans les lobes postérieurs du cerveau : rien de ma part n'a pu faire croire que je partageasse cette opinion ; j'ai seulement dit qu'il n'y a pas plus de raison pour le placer à la partie antérieure qu'à la partie postérieure du crâne.

Les conclusions du rapport, votées séparément, sont adoptées.

M. Hamel lit plusieurs rapports sur différentes propositions de remèdes secrets.

Les conclusions de ces rapports, qui sont toutes défavorables, sont adoptées.

Lithotritie.

M. Ségalas fait, en son nom et en celui de M. A.

Bérard, un rapport sur une modification du brise-pierre à pignon et à crémaillère, présentée à l'Académie par M. Luer.

M. le rapporteur fait d'abord observer que tous les instruments lithotriteurs proposés jusqu'ici peuvent être divisés, suivant leur manière d'agir, en quatre classes :

1° Ceux qui perforent la pierre.

2° Ceux qui agissent par pression.

3° Ceux qui agissent par percussion.

4° Ceux qui réunissent la pression et la percussion.

Ces derniers sont les plus communément employés.

Dans les instruments de cette classe dont on se sert ordinairement, il faut, pour introduire le pignon dans l'olive, faire écarter les cuisses du malade, ou imprimer à l'instrument un mouvement de rotation d'un quart de cercle. De l'une ou de l'autre manière, on s'expose à lâcher le calcul, à faire souffrir le malade ; la seconde, d'ailleurs, ne peut s'exécuter si la prostate a un certain volume, ou si l'abdomen est saillant. C'est pour parer à ces inconvénients qu'a été imaginée la modication de M. Luer, dont le but est de faire en sorte qu'on puisse introduire sans difficulté le pignon dans l'olive, quelle que soit la situation de l'instrument.

Vos commissaires doutent que le mécanisme exécuté par M. Luer puisse être adopté sans qu'il en résulte de la gêne dans la manœuvre de l'instrument. Du reste, l'un d'eux a jusqu'ici toujours employé le brise-pierre simple confectionné par M. Charrière, sans être arrêté par aucun obstacle sérieux.

La modification de M. Luer est cependant ingénieuse; elle témoigne de l'habileté de ce mécanicien, et pourra, avec quelques corrections, devenir plus utile encore. En conséquence, vos commissaires vous proposent d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'engager à continuer ses efforts pour le perfectionnement des instruments de chirurgie, et du brise-pierre en particulier.

Ces conclusions sont adoptées.

Farcin chronique suivi de la morve aiguë.

M. Bérard présente à l'Académie les pièces pathologiques provenant d'un homme qui a succombé à la morve aiguë. Cet individu, palefrenier et soignant les chevaux morveux, était affecté depuis plusieurs mois du farcin chronique. M. Bérard rappelle que déjà il a eu l'occasion de parler de ce malade à l'Académie, alors qu'il n'existait d'autres symptômes que ceux du farcin. Une inoculation faite par M. Leblanc avec le pus d'un des abcès farcineux n'a pas été suivie du développement de la morve. Il est vrai que le cheval sur lequel l'expérience a été tentée était vieux et déjà affecté de lésions organiques graves auxquelles il a promptement succombé. Quoi qu'il en soit de ce résultat négatif de l'inoculation, la terminaison de la maladie par la morve aiguë est venue prouver que le diagnostic était bien porté. En effet, huit jours avant la mort, la paupière et la région temporale gauches se sont tuméfiées; ces parties sont devenues rouges, chaudes, douloureuses. Bientôt de petites pustules, suivies d'ulcérations, de gangrène, d'infiltration sanguine, ont apparu çà et là sur la tempe, la joue, le front gauches; des altérations semblables se sont manifestées du côté opposé, et le malade a succombé six jours après l'apparition de ces nouveaux symptômes.

On remarque sur les pièces que M. Bérard met sous les yeux de l'Académie les traces de l'altération qui vient d'être décrite; de plus, une infiltration séro-purulente dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région temporo-frontale, et jusque dans le périoste. Enfin, les fosses nasales sont le siége de petites ulcérations çà et là disséminées sur la cloison, la voûte, les cornets, et d'infiltrations sanguines par plaques ; les cornets inférieurs sont doublés de volume, la muqueuse qui les tapisse est entièrement désorganisée; elle semble comme gangrénée, et recouverte d'une matière concrète infiltrée de sang.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Amputation sus-malléolaire.

M. le secrétaire lit une lettre de M. le baron Larrey relative à l'amputation sus-malléolaire. M. Larrey dit que, n'ayant pu se rendre aux deux dernières séances de l'Académie, il se trouve obligé de lui faire connaître par écrit les raisons qui lui semblent décisives contre ce mode opératoire :

1° Si la maladie pour laquelle on opère est bornée aux malléoles, on ne peut pas donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire, car, comme l'a montré M. Gimelle, les accidents qu'elle entraîne sont plus nombreux et plus graves.

2° MM. Arnal et Martin se sont trompés dans la partie de leur statistique qui a rapport aux amputations sus-malléolaires faites à l'armée d'Afrique; aucune opération de ce genre n'y a été pratiquée, comme l'atteste une lettre de M. Guyon, chirurgien militaire.

3° Le mécanisme sur lequel est fondée la jambe artificielle proposée par M. Martin avait été imaginé avant lui.

4° Enfin, la supériorité de l'amputation au-dessous du genou est prouvée par une expérience d'un demi-siècle.

Epidémie de suette miliaire.

M. Bricheteau lit un rapport sur plusieurs travaux renvoyés à l'Académie par M. le ministre du commerce, et relatifs à l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans quelques communes des départements de la Dordogne et de la Charente. Ce rapport, dit M. Bricheteau, aura deux parties : dans la première, je décrirai l'épidémie d'après les documents parvenus à l'Académie, et en la comparant avec celles qui ont été observées à d'autres époques ; la

seconde contiendra les réponses que je propose d'adresser au ministre.

La suette éclata au mois de mai; son invasion avait été précédée de brusques variations atmosphériques, et la constitutions médicale régnante alors était caractérisée par la prédominance des fièvres éruptives. Les jeunes sujets y ont échappé, et c'est entre 25 et 45 ans que la maladie a frappé le plus de personnes. Elle apparaissait de deux manières différentes : tantôt il y avait des symptômes précurseurs, fièvre, cardialgie, inappétence; tantôt le mal débutait brusquement et sans s'être annoncé par aucun prodrôme. Une sueur générale et abondante ouvrait la scène, et après cette période, qui durait 24 à 72 heures, commençait l'éruption. A partir de ce moment, la maladie était jugée, la desquammation survenait, et la guérison ne se faisait pas attendre. Dans d'autres cas, la mort avait lieu, mais elle arrivait de différentes manières. Il est intéressant, par exemple, de savoir que, parmi les victimes de cette épidémie, un très grand nombre de malades ont succombé dans un état voisin de l'asphyxie, ensevelis qu'ils étaient sous le poids des couvertures dont on les chargeait.

La marche de l'affection a été rapide, sa durée moyenne variant de 6 à 8 jours. Quant au pronostic, il était évidemment différent, selon que les symptômes se montraient bénins ou pernicieux. Relativement à la mortalité, les documents manquent, ou du moins ne contiennent que des données vagues, et desquelles on ne peut rien conclure. La faveur, les précautions absurdes qu'elle suggère, et les faux préjugés ont fait autant de mal que l'épidémie elle-même.

Aucun des médecins envoyés sur les lieux n'a été atteint de la suette; il faudrait donc, ce semble, en conclure qu'elle n'a pas le caractère contagieux. Cependant, nous devons dire qu'un individu s'étant inoculé volontairement le sang d'un malade a contracté la fièvre miliaire peu de temps après.

Dans les cas simples, on s'est bien trouvé d'administrer, pour tout traitement, des boissons délayantes, comme la décoction de racine de chiendent. Survenait-il cependant dans la marche du mal une rémittense ou une intermittence bien prononcée, on employait le sulfate de quinine donné à la dose de 50 centigram., et jusqu'à celle de 1 gramme, s'il y avait quelques symptômes pernicieux. Les antispasmodiques ont également presenté des avantages et trouvé des cas d'application, ainsi que les saignées générales ou les sangsues à la base du crâne, lorsqu'il y avait pléthore, céphalalgie, sensibilité des yeux à la lumière. On s'est aussi attaché à modérer les sueurs, en débarrassant les malades d'une partie de leurs couvertures.

Après avoir ainsi décrit la maladie, d'après les renseignements fournis par les médecins envoyés sur les lieux, nous vous proposons de répondre à M. le ministre :

1° Que l'épidémie de suette miliaire qui a récemment existé dans les départements de la Dordogne et de la Charente est presque identique aux autres épidémies de suette observées jusqu'ici, et notamment à celle qui a régné en 1821;

2° Que cette épidémie a été bien reconnue et bien traitée par les médecins envoyés sur les lieux;

3° Qu'il n'existe, parmi les médecins, aucun désaccord sur sa nature, ni aucune dissidence sérieuse sur les moyens qu'il convient de lui opposer;

4° Qu'en général, le traitement employé dans cette épidemie, et spécialement le sulfate de quinine, a bien réussi;

5° Qu'il aurait cependant été à désirer qu'on eût établi par des tableaux statistiques le chiffre de la mortalité qu'a produite cette épidemie;

6° Que la migration des habitants paraît être le meilleur moyen à employer pour prévenir la propagation de la maladie.

Ces conclusions sont adoptées.

Composition du lait.

M. Dubois (d'Amiens) fait, en son nom et en celui de MM. Baron et Chevallier, un rapport sur un mémoire de M. Devergie, intitulé : *De l'examen microscopique du lait dans le choix d'une nourrice*. Après quelques considérations sur les avantages que présente la coutume des lectures faites par les candidats aux places de membres de l'Académie, M. Dubois continue ainsi : M. Devergie, favorablement placé pour contrôler expérimentalement les recherches de M. Donné sur l'analyse microscopique du lait, a profité de sa position pour répéter des observations dont le resultat intéressait à un si haut degré tous les praticiens. Avant M. Donné, on s'en rapportait presque exclusivement, pour choisir une nourrice, à l'examen de la femme et à l'inspection des propriétés physiques de son lait. Leuwenhock avait cependant déjà signalé l'existence des globules. M. Donné rappela l'attention sur l'analyse microscopique du lait, et accorda à ses résultats une extrême importance. M. Devergie, voulant juger de la valeur que méritait ce moyen d'investigation, a joint aux lumières qu'il fournit les notions qu'on peut acquérir en examinant la santé de la nourrice et l'état de son nourrisson.

M. Devergie a divisé les globules du lait en trois ordres : gros, moyens et petits. Quant à leur structure, on sait que M. Raspail les représente comme constitués par un corps central et par une membrane d'enveloppe; mais je ne sais jusqu'à quel point il est permis de regarder cette opinion comme exacte. M. Donné a démontré que le volume des globules va en augmentant jusqu'à une certaine époque de la grossesse, et aussi suivant le degré de richesse du lait. A son tour, M. Devergie a établi, par l'expérience, quelles sont les conséquences qu'on peut tirer de ces données. Ce qui distingue son travail, c'est donc surtout la couleur pratique qu'il a su lui imprimer. Il n'a pas cru qu'un médecin, par cela seul qu'il se sert du microscope, pût se dispenser de consulter d'autres sources de certitude. Cependant il a fait quelques concessions à l'emploi du microscope, et il en a même fait une de trop, lorsqu'il a dit que cet instrument peut suffire pour reconnaître le lait qui convient le mieux à un enfant. Votre commission, Messieurs, ne partage pas cette opinion; pour atteindre ce but il faudrait avant pouvoir spécifier si c'est d'un lait plus fort ou d'un lait moins fort que l'enfant a besoin.

Or, c'est là une question très-difficile et dont le microscope seul ne peut donner la solution.

M. Devergie, voulant exprimer les différents degrés de richesse du lait, a imaginé de les représenter par des chiffres; mais bien qu'il ait lui-même reconnu ce qu'une pareille estimation a d'arbitraire, nous ne pouvons admettre qu'il soit autorisé à s'en servir, même comme moyen d'arriver à un résultat approximatif, car cette manière de procéder semble annoncer la prétention de soumettre au calcul une matière où nul calcul n'est possible. Il aurait mieux valu s'en tenir, comme l'auteur l'a fait du reste dans un autre passage, à dire simplement que la richesse du lait est augmentée ou qu'elle est diminuée.

En véritable médecin praticien, M. Devergie ne s'est pas aveuglé sur la valeur des conclusions qu'on peut tirer de l'emploi du microscope; et il a voulu chercher quelle est l'influence des autres conditions qu'on regarde en général comme susceptibles de changer la composition du lait. Ainsi il a, sous ce rapport, passé en revue les circonstances suivantes, savoir: l'ancienneté ou l'*âge* du lait, l'âge des nourrices, le volume de leurs mamelles, la couleur de leurs cheveux, et il a reconnu qu'aucune de ces conditions n'exerce d'action bien marquée sur la richesse du lait, en d'autres termes, sur le nombre des globules qu'il soutient. Nous savons cependant, et l'expérience journalière le prouve d'une manière évidente, que ce sont là autant de causes qui font varier les qualités du lait.

Ces résultats de l'analyse microscopique sont bien incomplets, bien insuffisants sans doute, et cependant M. Devergie est un savant habitué à ce genre de recherches, et bien certainement il les avait entreprises avec le désir de prouver plus qu'il n'a pu prouver. D'où vient donc le vague de ses conclusions? Il y a là une grande différence entre les deux observateurs qui sont occupés de ce sujet. M. Donné considère comme à peu près de nulle valeur tous les signes que donnent l'inspection de la nourrice et l'examen des qualités extérieures du lait; d'où ressort la nécessité de s'en rapporter presque uniquement au microscope. M. Devergie, au contraire, soutient qu'on doit attacher une grande importance à ces signes. Remarquons d'abord que les conclusions de M. Donné sont beaucoup plus exclusives que celles de M. Devergie. Celles-ci sont émises avec une sage réserve, et nous paraissent aussi mieux motivées. Vous avez vu, en effet, par les détails dans lesquels je suis entré tout à l'heure, que le microscope ne trouve au lait aucune différence de composition dans des conditions d'âge, de constitution, etc., qui, incontestablement néanmoins doivent en amener, et en amènent par le fait de considérables.

Nous pensons donc que M. Devergie a atteint le but qu'il s'était proposé. Il s'était borné à traiter de l'emploi du microscope dans le choix d'une nourrice, et il nous a effectivement montré quel parti on peut tirer de cet instrument pour cet objet. Il a eu le bon esprit de renfermer dans de justes limites la valeur qu'il convient de lui accorder dans de semblables recherches.

Nous vous proposons en conséquence:

1° De renvoyer le mémoire de M. Devergie au comité de publication;

2° D'adresser à l'auteur une lettre de remerciements pour son intéressante communication.

M. Dupuy: Il aurait été à désirer que l'auteur se fût occupé de chercher à déterminer l'effet produit sur la composition microscopique du lait par l'alimentation. Il existe à ce sujet des expériences faites sur les animaux. Celles que Lavoisier a relatées, par exemple, prouvent que sur des vaches, un changement d'alimentation a causé une modification du lait qui a pesisté plus d'une année après qu'elles avaient repris leur régime habituel.

M. Capuron: Parmi les signes auxquels on reconnaît une bonne nourrice, il en est un et des plus importants qui a été omis; pour juger si une nourrice convient, il suffit d'examiner son nourrisson, et l'on peut, d'après la santé de l'enfant, juger avec certitude des propriétés nutritives du lait de la mère.

M. Delens: M. Dubois (d'Amiens) a dit que la question de savoir si les globules sont organisés ou ne le sont pas, est une question sans importance. Elle n'est cependant pas aussi indifférente pour la pratique qu'on le croit généralement. C'est un problème dont la solution est peu avancée, j'en conviens; mais comme il mérite d'être étudié, il y aurait beaucoup d'inconvénients à décourager les hommes qui travaillent à l'approfondir. Je pense, pour mon compte, que les globules du lait sont organisés; je n'entrerai pas, en ce moment, dans de plus grands détails à ce sujet; je ferai observer toutefois que ces globules augmentent jusqu'à une certaine époque; comment cette particularité pourrait-elle s'expliquer si on n'accorde pas qu'ils soient organisés? Il faut aussi remarquer qu'ils sont de grosseur différente. Enfin leur contour a un aspect tout particulier, et cette considération est très-probante pour un micrographe exercé.

M. Nacquart: Je veux seulement dire que les femmes du dépôt central des nourrices sur lesquelles M. Devergie a observé sont en général très-imparfaitement nourrices; c'est un fait dont j'ai été personnellement témoin.

M. Dubois (d'Amiens): Je suis loin de m'élever contre l'opinion de ceux qui croient à l'organisation des globules de lait. C'est là une étude fort intéressante. J'ai seulement approuvé M. Devergie de n'avoir pas insisté; il a bien fait, car ce n'était pas l'objet principal de ses recherches.

M. Ferrus: Je ne trouve pas que les observations de M. Devergie détruisent celles qu'on a faites avec le microscope. Nous savions fort bien d'ailleurs avant lui que des femmes chétives, débilitées, nourrissent souvent leurs enfants avec succès.

M. Dubois (d'Amiens): M. Duvergie n'a point entendu détruire, par ses recherches, la valeur des découvertes dues à l'emploi du microscope; il a seulement cherché à restreindre l'importance exagérée que certaines personnes leur accordent.

M. Rochoux: Les globules du lait sont-ils organisés? A cette question, je crois qu'on doit répondre: Oui. Est il possible de démontrer cette organisation? Non. Si, en effet, nous leur supposons une trame celluleuse, elle aurait la même ré-

frangibilité que le noyau central, et par conséquent on ne pourrait parvenir à l'apercevoir. C'est par la même raison que la texture celluleuse du corps vitre, qui est cependant beaucoup plus volumineux, ne peut être appréciée à la vue.

Les conclusions du rapports sont adoptées.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

De la rareté des subsistances comme cause de mortalité.

M. Double lit, en son nom et en celui de MM. Villermé et Pariset, un rappport sur le memoire de M. Mélier, intitulé : *Etudes sur les subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et avec la mortalité*, lu dans la séance du 7 septembre. (Voy. *Gaz. Méd.*, n. 37.) M. Mélier, candidat à la pace vacante dans la section d'hygiène, dit M. Double, possède, ainsi que M. Devergie, sur les autres compétiteurs, l'avantage d'avoir répondu à un vœu émis par la section et sanctionné par l'Académie. La démarche qu'il a faite en venant vous communiquer ses recherches n'est pas une vaine formalité ; c'est un moyen d'éclairer la conscience des juges ; et le candidat qui, au moment d'une lutte en quelque sorte improvisée, peut ainsi fournir immédiatement un travail aussi important, donne l'idée la plus favorable de ses forces et de son mérite.

Il ressort de tous les documents acquis à la science que le prix du blé exerçait *autrefois* (j'insiste sur ce mot) une grande influence sur les maladies, sur le nombre des admissions dans les hôpitaux, sur la mortalité. M. Melier a fait le même travail pour les epoques récentes, et il est arrivé au même résultat general. Il y a cependant, entre les produits des observations faites autrefois et celles qu'on répète de nos jours, une certaine différence qui a été introduite par les progrès de la civilisation. Et, pour prendre un exemple, en 1816 et 1817, époque où le blé valait 36 fr. l'hectolitre, et où le prix du pain à Paris était d'environ 1 fr., le chiffre des décès, quoique plus grand que dans une année moyenne, ne fut pas cependant excessif. C'est que les autres conditions de subsistance n'avaient pas varié dans la même proportion. Indiquons de suite quelques-unes de ces conditions.

Un fait général qui résulte de l'histoire des peuples est celui que l'on peut exprimer en ces mots : *La nature donne les vivres ; les hommes font les disettes*. Les disettes, en effet, ont été bien souvent la conséquence de causes étrangères à la rareté des subsistances ; des commmotions politiques, des terreurs paniques, etc., ont pu leur donner naissance, et l'on conçoit que, présentement, avec la diffusion actuelle des lumières et le perfectionnement des institutions sociales, il ait été possible de remédier à un grand nombre de ces causes. D'un autre côté, les progrès de l'agriculture ont fourni quelques substances capables de suppléer au froment, de sorte qu'en France on peut dire aujourd'hui que les ressources sont au-dessus des besoins. L'agrandissement du commerce, la rapidité des communications, les sages réformes qu'on a fait subir à la législation sur les céréales sont encore venues agir dans le même sens, en empêchant l'accaparement par les riches, ainsi que les privations à supporter par les classes indigentes.

Les mauvaises récoltes qui produisent les disettes sont ordinairement l'effet des années où la maturité des grains n'a pu avoir lieu. A leur rareté se joint donc alors le plus souvent leur qualité défectueuse, nouvelle source de maladies. En outre, les travaux des journaliers, surtout des journaliers de la campagnes, sont suspendus ou entravés, et l'on sait bien que le travail n'est pas seulement un moyen de subsistance, mais aussi une condition de santé, comme un élément de moralisation, causes non moins actives de détérioration pour la santé publique.

Tous les résultats auxquels est arrivé M. Melier, et qu'il a mis hors de doute, étaient, du reste, déjà soupçonnés, indiqués par les procédés de la logique. Nous n'insisterons pas davantage sur l'analyse des faits qu'il a mis en évidence ; nous en avons dit assez pour faire ressortir l'esprit juste et les connaissances variées et profondes que suppose un semblable travail. Nous proposons, en conséquence, de renvoyer le mémoire de M. Melier au comité de publication, et nous espérons que l'Académie lui tiendra compte de sa communication comme d'un nouveau titre à ajouter à ceux qu'il a déjà pour obtenir la place vacante dans son sein.

M. Loiseleur de Longchamps : Je partage entièrement l'opinion de M. le rapporteur sur la valeur du travail de M. Mélier ; je dirai seulement quelques mots pour faire sentir à l'Académie l'importance des études sur les céréales. Parmi les revenus de la France, les produits des céréales sont estimés 19 cent millions ou 2 milliards, lorsque le blé est à un prix moyen. Jugez à quel chiffre doit s'élever cette somme, lorsque le prix augmente !

M. Villermé : Un fait capital me paraît ressortir du mémoire de M. Melier. La cherté des céréales, quand elle atteint une certaine mesure, affaiblit la santé publique et augmente la mortalité. Cette proposition était déjà tacitement reconnue vraie par tout le monde ; mais M. Melier a le mérite d'avoir résolu la quesqion d'une manière mathématique, d'avoir changé en démonstration ce qui, aux yeux de tous, jusqu'ici, n'était qu'une assertion. M. Mélier a rendu justice aux auteurs qui ont étudié ce sujet avant lui. Cependant il n'a point parlé des recherches faites par John Barton, il y a environ quinze ans, et à vrai dire cette omission n'est pas surprenante, car le livre de cet écrivain fut enlevé avec une telle rapidité dès son apparition qu'il est aujourd'hui à peine connu en France et même en Angleterre. L'Académie entendra sans doute avec intérêt une analyse de cet ouvrage. L'auteur commence par diviser les provinces de l'Angleterre proprement dite (l'Ecosse et l'Irlande non comprises) en 3 ordres, par rapport à l'industrie qui y est spécialement cultivée ; ainsi, il établit : 1° des districts agricoles ; 2° des districts manufacturiers ; 3° des districts agricoles et manufacturiers. Examinant en-

suite la marche et la proportion des décès dans ces trois classes différentes pour une période d'environ vingt années, il a reconnu que dans les années où le prix du pain baisse, la mortalité diminue dans les populations manufacturières, mais en revanche elle augmente un peu dans les populations agricoles. Ce résultat est constant; il a été vérifié séparément dans chaque district. John Barton l'a expliqué très-rationnellement en disant que ces années les fermiers, les cultivateurs retirent moins d'argent et emploient moins d'ouvriers, de sorte que les journaliers, les journaliers d'agriculture surtout, pâtissent et vivent moins bien, d'où une mortalité plus considérable. Au contraire, dans les années de cherté du pain, il y a augmentation de mortalité; mais si la cherté n'est pas très-grande, la mortalité porte principalement sur les populations manufacrières, tandis que si le prix des grains s'élève très-haut, elle pèse également sur les agriculteurs et sur les manufacturiers. L'explication que je donnais tout à l'heure des effets produits par la baisse des prix du pain s'applique aussi bien, en la renversant, aux conséquences de son augmentation. Ici se termine ce que je voulais extraire du livre de John Barton. J'ajouterai que, relativement à ce qui s'est passé en France, la mortalité ne fut pas plus forte en 1817. je ne dirai pas que les années précédentes (car nous n'avons pas de renseignements précis sur elles), mais que dans les années 1818, 1819 et 1820. Cependant, en 1817, elle fut un peu plus forte que les années suivantes dans les départements du Nord et de l'Est de la France; mais elle fut, au contraire, plus faible dans ceux du Sud.

M. Desportes : Je ne puis m'associer complétement au bien que M. le rapporteur vous a dit de la coutume de faire présenter des travaux par les candidats aux places vacantes de l'Académie. Si MM. les auteurs tirent un grand profit de ces lectures, ceux qui sont chargés du choix n'y trouvent pas le même avantage, car leur esprit est nécessairement distrait par l'abondance de ces nouveaux titres qu'il faut encore examiner après avoir pèse tous les autres. Quant au mémoire de M. Melier, s'il est réellement aussi bon que le prétend M. le rapporteur, pourquoi ne pas l'avoir soumis à une critique sévère comme on le fait à l'égard de tous les ouvrages de quelqu'importance. Pour ma part, je regrette que l'auteur n'ait pas envisagé la question sous un point de vue qui avait bien aussi son utilité. La cause des disettes est rarement unique, le plus souvent elle est complexe. Chaque année il y a une cause de disette qui fait passer un grand nombre d'individus de l'aisance à la pauvreté, et cette cause, c'est l'impôt. Ainsi, dans un pays voisin du nôtre, pays parcouru par des cours d'eau multiplies, dont le sol est fertile, et la richesse minérale considerable, on voit tous les ans trois millions d'habitants reduits à l'indigence et mourant de faim dans les rues. Je ne m'élève pas contre l'impôt considéré n'une manière absolue; il est utile en lui-même, et aucun état ne peut s'en passer, mais c'est l'exagération de la mesure que je désapprouve. En 1816, les subsistances ont manqué, et réellement alors il y avait pénurie de grains; mais c'est encore l'impôt extraordinaire que la France a été obligée de payer à cette époque qui a aggravé les effets de la disette. De même, en 1790, les troubles politiques amenèrent la cherté des grains, et je me rappelle bien que dans ma famille nous mourions de faim à côte de nos fermiers qui gardaient leurs récoltes parce que nous avions entre les mains trop peu de valeur monnayee pour pouvoir en payer le prix. J'ai dit.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Cas de morve transmise de l'homme à l'homme.

M. A. Bérard communique à l'Académie l'observation qu'il a présentee à l'Académie des sciences. (Voyez ci-dessus compte rendu de la séance.)

Transmission de la morve du cheval à l'homme.

M. Bouillaud lit l'observation suivante recueillie dans son service à la Charité :

Obs.—Le nommé Letellier, âgé de 17 ans, journalier, de constitution assez peu vigoureuse, de temperament lymphatique, remarqua, il y a trois semaines, qu'à la suite d'un travail fatigant il s'était developpé une tumeur douloureuse à la partie moyenne de la poitrine. Sept jours après, il entra dans le service de M. Velpeau, qui combattit les symptômes par l'application d'un vésicatoire et des frictions mercurielles. Enfin, après qu'une saignée eut été pratiquée, on le fit passer dans une salle de medecine. Il y avait alors un peu d'enchifrènement, haleine fétide, lèvres sèches, langue couverte de taches noirâtres, érysipèle à la face. Les narines furent examinées, mais on n'y découvrit aucune lésion. La nature de la maladie resta donc incertaine. Une saignée fournit une couenne franchement inflammatoire. Le lendemain, il se manifesta du délire avec vociférations; pouls à 138. On découvrit ce jour-là de nombreuses postules occupant diverses régions de la peau et particulièrement la face; elles frappèrent l'attention de M. Bouillaud par leur ressemblance avec celles de la morve. L'individu mourut dans la journee.

Les pièces résultant de l'autopsie cadavérique ont déjà été présentées à l'Academie. Nous rappellerons seulement qu'on trouva des abcès musculaires considerables. Plusieurs des pustules de la peau étaient converties en ulcérations. Les fosses nasales présentaient des ulcerations grisâtres dont la largeur variait de 4 à 12 millimetres. Dans leur intervalle on voyait des pustules à diverses périodes. Un ulcère plus vaste siegeait à l'entrée du pharynx. L'une des amygdales contenait du pus.

Voilà donc, continue M. Bouillaud, une morve aiguë chez l'homme, parfaitement caractérisée et, si je puis le dire, bien conditionnée. Pourtant ce ne fut que le jour de la mort que je pus la diagnostiquer ou plutôt la soupçonner, et aucun des medecins qui avaient soigné cet individu avant moi n'était venu à bout de la reconnaître. Tout contribuait en effet à répandre le doute sur la nature de ce cas. Il n'y avait ni jetage par les narines, ni douleurs dans les fosses nasales. Le malade d'ailleurs n'accusait aucun antécédent qui pût faire croire qu'il eût communiqué avec des chevaux morveux. Du reste, l'enchifrènement et l'erysipèle de la face qu'il offrait

sont des phénomènes assez ordinaires à la période de la fièvre typhoïde où l'on pouvait supposer qu'il se trouvait. C'est seulement depuis la mort que nous avons recueilli des renseignements plus positifs. Son père est venu nous déclarer qu'il avait conduit et pansé deux chevaux d'omnibus atteints de morve; et MM. Leblanc et Rayer ont constaté que c'était bien en effet cette affection que présentaient ces animaux.

M. Bouillaud termine en exprimant le vœu que la commission nommée par l'Académie pour examiner la question de la morve, fasse prochainement son rapport. Assez des victimes humaines, dit-il, ont été jusqu'ici sacrifiées à ce monstre qui vient d'affliger notre monde pathologique; qu'il se contente désormais de victimes moins nobles. L'Académie comprendra toute l'importance de sa mission, et si elle différait de s'expliquer sur ce sujet, on pourrait dire que son silence aussi serait une calamité publique.

Morve chronique chez l'homme, terminée par la morve aiguë.

M. Ambroise Lardieu, interne à la Charité, met sous les yeux de l'Académie le larynx et la trachée d'un homme mort de morve aiguë, le 10 novembre 1841, dans le service de M. Rayer, après avoir présenté des symptômes de farcin et de morve chronique. Cet individu, nommé Martin (Jean-Baptiste), âgé de 34 ans, étant resté pendant trois ans, de 1834 à 1837, à l'Ecole d'Alfort, comme palefrenier, avait été, comme a bien voulu le constater M. Mignon, en rapport habituel avec des chevaux morveux, et avait ressenti dès cette époque une douleur persistante et profonde à la gorge pour laquelle il consulta plusieurs médecins qui ne purent, a-t il dit, constater de lésion dans le pharynx. Il était en même temps enchifrené et mouchait du sang; jamais il n'a eu de maladie vénérienne. Depuis sa sortie d'Alfort, il continua à se trouver en contact avec des chevaux, dont plusieurs étaient farcineux ou morveux. Vers le milieu de juillet 1841, un abcès sur le coude-pied du côté gauche le força d'entrer à la Charité. Il n'eut durant tout le cours de la maladie aucun autre abcès extérieur. Mais dès son entrée, il portait à la voûte palatine une large ulcération fongueuse qui résista à un traitement mercuriel et à des cautérisations successives. Les forces s'affaiblirent, la constitution s'altéra; et le 6 novembre, il fut fut pris de tous les symptômes d'une morve aiguë à laquelle il succomba au bout de cinq jours. A l'autopsie, on trouve toutes les lésions ordinaires de la morve pustuleuse aiguë, tant dans les fosses nasales, où les désordres sont considérables, que dans les viscères. Mais de plus, il existe des altérations chroniques qu'il est impossible de méconnaître et qui n'ont pas été effacées par des lésions plus récentes, comme cela pourrait être arrivé dans le nez, 1° à la voûte palatine, où la muqueuse ulcérée recouvre un os érodé, rugueux, percé de trous, et comme ulcéré lui-même; 2° dans les voies aériennes dont la surface interne, depuis l'extrémité supérieure de l'épiglotte jusqu'à la division des bronches, n'est plus qu'une vaste cicatrice qui doit s'être formée depuis très-longtemps. La membrane muqueuse est mince, adhérente, généralement pâle, presque blanche en certains points, sèche et transparente, sans injection ni éruption pustuleuse. Des brides fibreuses très-résistantes, disposées en lignes nombreuses, interceptées, réunies de mille manières, constituent un réseau aréolaire qui occupe toute l'étendue de la face interne du larynx et de la trachée.

Le siége de ces lésions, qui ont été souvent observées chez les chevaux et dont la nature ne saurait être douteuse, donne à ce fait les caractères de la morve chronique, et c'est le premier exemple de cicatrices trachéales, farcineuses ou morveuses chez l'homme.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Contagion de la morve.

M. Cornac : Bien que j'approuve en général la circonspection et la sage lenteur que les commissions mettent à se prononcer sur des questions délicates, il y aurait cependant, à mon avis, un grand inconvenient à perdre trop longtemps de vue les observations de morve qui vous ont été communiquées dans la dernière séance. Je demande en conséquence que la commission nommée pour s'occuper de ce sujet hâte autant que possible son rapport.

Cette proposition est adoptée par l'Académie.

M. le président annonce qu'il y aura séance extraordinaire samedi, 27 novembre.

Distinction des tempéraments.

M. Royer-Collard continue la lecture du mémoire qu'il a commencé dans la dernière séance. Dans ce travail, il se propose principalement de montrer que les caractères à l'aide desquels on distingue les divers tempéraments manquent de base, et ne reposent pas sur des faits assez rigoureusement établis.

Commissaires : MM. Adelon, Guéneau de Mussy et Roche.

A quatre heures, l'académie se forme en comité secret.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE CAHIER.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES

92. Recherches cristallographiques; par M. de la *Provostaye.* 405
93. De l'acide hippurique et de ses réactifs; par le docteur *A. Ure.* 412
94. Recherches sur les produits qui résultent de l'action de l'acide nitrique sur l'huile de ricin; par M. *T.-G. Tilly.* 413

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

95. Emploi du charbon pour le filtrage des eaux; par M. *A. Gaultier de Claubry.* 415
96. Observation d'un cas d'empoisonnement par l'opium, traité avec succès par l'électricité; par le docteur *Erichsne.* *ib.*

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

97. Recherches sur le développement des os ; par M. *Flourens.* 416
98. Nouveaux aperçus sur la physiologie de la vision et sur quelques phénomènes remarquables de vision binoculaire observés par *Charles Wheatstone.* Traduit de l'anglais par le docteur *P.-F. Peyron.* 419

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

99. De l'état sanitaire de Paris pendant les six derniers mois ; de l'étude des maladies épidémiques et contagieuses et de l'application de la statistique a cette étude. 431
100. Nouvelles recherches sur la diathèse purulente ; par le docteur *Jean-Paul Tessier.* 434
101. Mémoire sur les hydatides ou vers vésiculaires de l'encéphale ; par *F. A. Aran.* 438
102. Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales ; par M *Bricht.* 455
103. Quelques observations sur la pneumonie aiguë, et spécialement sur celle qui occupe le lobe supérieur du poumon ; par M. *Kennedy.* 468
104. Observation d'un cas de pneumonie avec sécrétion d'air dans la cavité de la plèvre; guérison ; par le docteur *Durrant.* 470
105. Essai de thérapeutique morale ; par *Reveillé-Parise.* 471
106. Sur la statistique de la durée des maladies, traitées par la méthode des saignées coup sur coup; par le docteur *Grisolle.* 476
107. Autopsies et lésions cadavériques remarquables ; par le docteur *Payen.* *ib.*

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

108. Imperforation de l'hymen ; par M. *Lane.* 481
109. Note sur une nouvelle manœuvre applicable à quelques cas de version ; par *A. Godefroy.* *ib*

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

110. Mémoire sur les étranglements herniaires. Des pseudo-étranglements, ou de l'inflammation simple dans les hernies ; par *J. F. Malgaigne.* 482
111. Mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles; par M. *A. Bérard.* 503
112. Rupture du rachis dans la région cervicale, à la suite d'un violent effort musculaire; observation communiquée par M. *Lassalle.* 515
113. De l'exploration de l'appareil auditif, ou recherches sur les moyens propres à conduire au diagnostic des maladies de l'oreille; par *P. Menière.* 517
114. Passe-lacet introduit dans la vessie par le canal de l'urètre, chez une femme, extrait à l'aide du brise-pierre à percussion; observation communiquée par M. le docteur *Int. Bouchacourt.* 521
115. Tableau statistique des amputations faites à l'hôpital de Northern, à Liverpool, de mars 1834 à mars 1841; par M. *Edward Parker.* 522

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

116. Mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura stramonium; par M. *J. Moreau.* *ib.*

VIII. MALADIES SYPHILITIQUES.

117. Des maladies syphilitiques du poumon ; par le docteur *Munck.* 532
118. Bons effets de l'iodure de potassium contre des accidents syphilitiques tertiaires, réputés incurables, siégeant au pharynx et sur toute l'étendue du voile du palais; par *G.-V. Lafargue.* 533

CLINIQUE DES HOPITAUX, DES MATERNITÉS ET DES MAISONS D'ALIÉNÉS.

119 Compte rendu des maladies observées à la clinique des maladies des enfants de la Faculté de Strasbourg, pendant les trois années scolaires 1837—1840; par le docteur *V. Stroeber.* 535

C. MONOGRAPHIES.

Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841. (Suite). 547

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des Sciences de Paris. 573
Académie royale de Médecine de Paris. 577

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES

NOMS DES AUTEURS

DES ARTICLES CONTENUS DANS LE VIII° VOLUME DE LA 4° SÉRIE.

(OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE, 1841.)

A.

Aimé. 213
Amussat. 99-290
Aran. 438

B.

Bérard. 503
Blaud. 116
Bonnet. 109
Bouchacourt. 521
Boudet. 11
Bouillaud. 43
Bourdon. 66-279
Bourgeois. 62
Bright. 455
Bromeis. 312
Browne. 333
Burggraeve. 297
B... y. 33

C.

Cap. 14
Cabarez. 108
Civiale. 79-87-91-313-317-319-393
Clair. 275
Chéneau. 398
Chrestien et Legrand. 38
Christison. 268
Cooper. 306

D.

Dassit. 53-305
Delhaye. 276
Deville. 269
Douglas. 272
Dubois. 55-57
Dumas. 216
Durant. 470

E.

Edward Cock. 308
Edward Parker. 522
Erischne. 415

F.

Fleussu. 231
Flourens. 226-416

G.

Gaspard. 103
Gaultier de Claubry. 415
Godefroy. 481
Gregor. 213
Grisolle. 476
Guersant, (fils). 150

J.

James. 232

K.

Kennedy. 468
Kinwisch (de). 288

L.

Lafargue. 533
Lane. 481
Lassalle. 515
Latour. 30
Legrand. 38
Lélut. 231
Loer. 267

M.

Malgaigne. 95-482
Martin. 14
May. 274
Mazarde. 47
Ménard. 275
Menière. 321-517
Meyer. 209
Michel. 273
Monneret. 16-271-272
Moreau. 326-522
Munck. 532

N.

Nichet. 60-274

O.

Orr. 303

P.

Paris. 28
Pasquier. 391
Payan. 131-476
Petel. 259
Peyron. 419
Provostaye. 405

R.

Redtenbacher. 201

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS.

Réveillé-Parise. 22-471
Ricord. 115
Rigal de Gaillac. 298
Robert. 63

S.

Savary. 214
Schutzenberger. 334
Skac. 215
Spence. 312
Stoeber. 535

T.

Tavignot. 77
Teissier. 239
Tessier (J. P.) 250-434
Tilly. 413
Tordeur. 276

U.

Ure. 412

V.

Vanhuevel. 186
Varrentrapp. 206
Verrentrapp. 404
Vignolo. 301
Vottem. 311

W.

Wawruch. 262
Wheatstone. 419

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES.

A.

Abcès énorme de l'ovaire; guérison par l'ouverture avec l'instrument à travers la paroi du vagin; par M. *Bourgeois*. 62
Abcès dans l'épaisseur des parois vésicales et sur leur traitement; par le docteur *Civiale*. 91-513
Absinthe maritime. De ses propriétés vermifuges; par *Stan. Martin*. 14
Académie royale de Médecine de Belgique. 184-388
— — — — *de Paris*. 164-379-577
— — *des Sciences de Paris*. 154-574-575
Accouchement naturel; sur son mécanisme; par M. *P. Dubois*. 55
Accouchement de deux enfants jumeaux; l'un mort atrophié, l'autre né viable, etc.; par le docteur *Ménard*. 275
Acide carbonique; sur sa quantité expérée à l'état normal et dans les maladies; par M. *Gregor*. 213
— *élaïdique* (sur l'); par M. *Meyer*. 209
— *gras* (sur l') du beurre de cacao; par M. *C. Bromeis*. 212
— *hippurique*, ses réactifs; par *Ure*. 412
— *margarique* (sur l'); par *Fr. Verrentrapp*. 204
— *nitrique*. Son action sur l'huile de ricin, produits qui en résultent; par *Tilly*. 413
— *oleïque* (sur l'); par M. *F. Varrentrapp*. 206
— *stéarique*. Sur sa composition et sur les produits de sa distillation; par *J. Redtenbacher*. 201
Affections cérébrales graves; observations lues à la Société de Médecine de Paris; par *D. Mazarde*. 47
Amputations faites à l'hôpital de Northem à Liverpool. Statistique de mars 1834 à mars 1841; par *Parker*. 522
Anus artificiel; sur la possibilité de l'établir dans les régions lombaires gauche et droite sans ouvrir le péritoine; par *G.-Z. Amussat*. 290
Apoplexie abdominale (sur l') des nouveau-nés; par le docteur *De Kinwisch*. 288
Appareil auditif; sur son exploration; par M. *Menière*. 321
Auditif (appareil); sur son exploration; par *Menière*. 517
Autopsies et lésions cadavériques remarquables; par *Payan*. 476

B.

Bassin simplement étroit sans courbure ni déformation des os. Observation par M. *Nichet*. 60
Bégaiement. Conférence chirurgicale sur cette maladie; par M. *Amussat*. 99

C.

Canal de l'urètre. Fèves de marais introduites dans ce méat; rétention d'urine; inflammation gangréneuse de la verge et du scrotum; mort du malade; par M. *Gaspard*. 103
Cancer de la vessie; extrait d'un mémoire par le docteur *Civiale*. 87
Carbonate de soude entidote des sels de cuivre. 15
Cautérisation (de la) appliquée au traitement de la teigne. 261
Charbon. Son emploi dans le filtrage des eaux; par *Gaultier de Claubry*. 415
Chimie organique. Leçon de clôture du cours professé à la Faculté de Médecine; par M. *Dumas*. 1
Chlorure de sodium. Avantage de l'emploi de ce médicament dans la phthisie pulmonaire; par M. *Amédée Latour*. 30
Chorée. Sur les effets d'un liniment spiritueux dans le traitement de cette maladie; par feu *J.-A. Chrestien* et *A. Legrand*. 58
— . Deux observations recueillies par *J. J. Deville*. 259
Clinique de l'hôpital des Enfants; par M. *Guersant*, fils. 150
Col du fémur. Sur quelques dangers du traitement ordinaire de ses fractures; par M. *Malgaigne*. 95
Compte-rendu des maladies observées à la clinique des maladies des Enfants, à Strasbourg, pendant les années 1837-1840; par *Stoeber*. 535
Convulsions puerpérales; par M. *Nichet*. 274
Cornée; son opacité congénitale; par le docteur *Fleussu*. 231

Corps fibreux pédiculé de l'utérus remplissant la cavité du vagin. Ligature infructueuse ; division et excision de l'excroissance. Guérison rapide par les docteurs *Tordeur frères* et de *Delhaye*. 276
Cristallographiques (Recherches); par M. *de la Provostaye*. 405
Cyphi (sur le) des anciens ; par M. *Cap*. 14
Cystotomie périnéale pratiquée chez un individu, dont la portion prostatique de l'urètre était oblitérée; par M. *Vottem*. 311

D.

Danse de St. Guy. Sur les effets d'un linement spiritueux dans le traitement de cette maladie; par feu *J. A. Chrestien* et *A. Legrand*. 38
Datura stramonium; sur son emploi dans le traitement des hallucinations; par M. *J. Moreau*. 326-522
Diathèse purulente. Nouvelles recherches ; par le docteur *J. P. Teissier*. 250-434

E.

Empoisonnement par l'opium ; variétés observées dans ses symptômes; par M. *David Skac*. 251
Encéphale (hydatides de l') 438
Entérite chronique guérie par le nitrate d'argent cristallisé; par *A. Michel*. 273
Erysipèle phlegmoneux, incisions multiples dans cette affection ; par M. *Dassit*. 305
Etat sanitaire de Paris pendant les six derniers mois. 431
Expulsion d'un fœtus de deux mois et demi, huit jours après l'accouchement d'un enfant à terme ; par *Clair*. 275

F.

Fièvre intermittente (de la) et de la splénite. 257
Fongus (sur les) de la vessie; par le docteur *Civiale*. 79

G.

Gaz dégagés par les plantes marines; par M. *Aimé*. 215
Goître; son traitement chirurgical par la ligature sous-cutanée; par M. *Rigal de Gaillac*. 298
Gui de Chêne. Son emploi dans le traitement de certaines toux convulsives. 264

H.

Hallucinations. Leur traitement par le datura stramonium; par M. *J. Moreau*. 326-522
Hémoptysie. Observations lues à la Société de Médecine de Paris ; par *J. Mazarde*. 47
Hémorrhagie utérine, transfusion, mort ; par M. *May*. 274
Hémorrhagie après la lithotomie; sur ses sources ; par M. *Spence*. 312
Herniaires (Etranglements), pseudo-étranglements et de l'inflammation simple dans les hernies; par *Malgaigne*. 482
Hernies étranglées; sur leur débridement sous-cutané. 105
Hydrocèle congénitale. Guérison radicale par la méthode de l'incision ; par *P. J. Cabarez*. 108
Hydro-péricardite et épanchement pleurétique gauche aigus, traités par les émissions sanguines générales, etc.; guérison. Service de M. *Monneret*. 272
Hydrothérapie dans le traitement des maladies vénériennes; par M. *Ricord*. 115
Hypertrophie du cœur, retrécissement de l'orifice aortique. — Altérations des valvules. — OEdème pulmonaire. — Albuminurie considérable. — Anasarque. Service de M. *Monneret*. 271
— *du cœur*, réflexions ; par M. *Bouillaud*. 45
Hydatides de l'encéphale. 438
Hygromètre nouveau de M. Savary; note par M. *Arago*. 214
Hymen. Cas d'imperforation ; par *Lane*. 481
Hystérie. Observations lues à la Société de Médecine de Paris ; par *J. Mazarde*. 47
— *cataleptique*; observations sur cette affection ; par *F. Dassit*. 53

I.

Immobilité absolue des articulations, sans maladie préalable. Note sur ses effets; par M. *Teissier*. 239
Impuissance. Bons effets de la solution saturée d'a-d'alun portée sur l'urètre; par M. *Loir*. 267
Incontinence (de l') d'urine ; par M. *Civiale*. 319
Inflammations internes aiguës, arrêtées dans leur développement par l'emploi de l'opium ; par le docteur *Christison*. 268

L.

Ligature sous-cutanée employée dans le cas de goître ; par M. *Rigal de Gaillac*. 298

Luxation iliaque; réduction à l'aide d'un nouveau procédé; par M. *Orr*. 303
Luxation postérieure et latérale externe de l'articulation du coude. Observation suivie de réflexions; par M. *Vignolo*. 301

M.

Madi cultivé (madia sativa), sa monographie; par *V. Pasquier*. 391
Maladies épidémiques et contagieuses. 431
Maladies de la tête. Collection de faits cliniques sur ces affections; par le docteur *Payan*. 131
Maladies de l'oreille. Recherches sur les moyens propres à conduire à leur dragnostic; par M. *Menière*. 321
Maladies régnantes. 249
Maladies (Statistique des) traitées par les saignées coup sur coup; par *Grisolle*. 476
Maladies vénériennes. Revue de leur clinique, années 1838 et 1839; par *Ch. Schutzenberger*. 334
Manie; de la saignée dans le traitement de cette maladie; par le docteur *Browne*. 333
Métrorrhagie passive chez les jeunes filles, et de son traitement. 73
Myopie et disposition à la fatigue des yeux; par M. *Bonnet*. 109

N.

Névralgies régulièrement périodiques; observations lues à la Société de Médecine de Paris; par *J. Mazarde*. 47
Nitrate d'argent cristallisé, employé avec succès dans le cas d'entérite chronique; par *A. Michel*. 273

O.

Observations autoplastiques; par M. *Burggraeve*. 297
Officiers de santé militaires. Nouvelle organisation de ce corps. 192
Opacité congénitale de la cornée; par le docteur *Fleussu*. 231
Opium Des variétés observées dans les symptômes de l'empoisonnement par ce médicament; par le docteur *David Skac*. 251
— (Empoisonnement par l') traité avec succès par l'électricité; par *Erichsne*. 415
— ; son emploi pour arrêter le développement des inflammations internes aiguës; par le docteur *Christison*. 268
Oreille. Diagnostic de ses maladies. 517
Organes génito-urinaires; traité pratique de leurs maladies. Deuxième partie: maladies du col de la vessie et de la prostate; par le docteur *Civiale*. 393
Os. Recherches sur leur développement; par M. *Flourens*. 226-416
Ovaire. Abcès énorme de cet organe; par M. *Bourgeois*. 62

P.

Passe-lacet introduit dans la vessie, par le canal de l'urètre, chez une femme, extrait à l'aide d'un brise-pierre à percussion; par *Bouchacourt*. 521
Pathologie et thérapeutique générales (Cours de) fait à la Faculté de Médecine de Paris par M. *Andral*. Compte-rendu par M. *Monneret*. 16
Pelvimétrie (Nouveau mode de); par le docteur *Vanhuevel*. 186
Petit bassin. Tumeurs fluctuantes dans cette région, et de leur ouverture pratiquée par le vagin; par M. *Hippolyte Bourdon*. 66
Phthisie pulmonaire. Un mot sur cette question: Peut-on déterminer, au moins jusqu'à un certain point, la cause de prédilection de l'affection tuberculeuse pour le poumon, depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'âge de 15 à 40 ans, et par suite expliquer la fréquence progressive de la phthisie dans le siècle où nous sommes? par le docteur *P. Chéneau*. 398
— — ; sur le traitement prophylactique de cette affection; par M. *Parise*. 28
— — ; par *Am. Latour*. 30
Pleuropneumonie. Du traitement de certaines variétés de cette maladie. 31
Pneumonie aiguë, et spécialement de celle qui occupe le lobe supérieur; par *Kennedy*. 468
— avec sécrétion d'air dans la cavité de la plèvre; par *Durrant*. 470
Protoiodure de fer. Nouvelles formules pour l'emploi de ce médicament; par M. *Félix Boudet*. 11
Potassium (Iodure de) contre les accidents syphilitiques tertiaires, réputés incurables, siégeant au pharynx et sur toute l'étendue du voile du palais; par *Lafargue*. 533
Poumon (Maladies syphilitiques du); par *Munck*. 532
Puissance vitale (de la) considérée dans ses ois pathologiques; par le docteur *Blaud*. 161

R.

Rachis. Sa rupture dans la région cervicale, à la suite d'un violent effort misculaire; par *Lassalle*. 515

Rétrécissements de l'urètre; recherches sur cette maladie, sur le cathétérisme et les fausses routes; par M. *Edward Cock*. 308
— — — ; faits pratiques relatifs à cette affection ; par M. *Bransby Cooper*. 306
Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841. 341

S.

Saignées coup sur coup. 476
Septième paire. Note physiologique relative à la paralysie de ce nerf des deux côtés; par *Constantin James*. 232
Société phrénologique de Paris. 112
Solution saturée d'alun portée sur l'urètre dans les cas d'impuissance; par M. *Loir*. 267
Spina-bifida; sur sa cure radicale ; par M. *Tavignot*. 77
Statistique appliquée à l'étude des maladies épidémiques et contagieuses. 431
Statue de Broussais; son inauguration. 192
Sulfate de quinine. De quelques applications thérapeutiques de ce médicament. 34
Syphilis. Hydro-thérapie dans leur traitement ; par M. *Ricord*. 115
— . Son traitement antiphlogistique; par le docteur *B... y*. 339
Syphilitiques (Maladies) du poumon. 532
— (accidents) tersiaires traités par l'iodure de potassium. 533

T.

Taille moyenne de l'homme en France ; recherches sur sa détermination ; par M. *Lélut*. 231
Tarif des médicaments simples et composés, adopté et publié par les pharmaciens du département du Haut-Rhin. 14
Teigne faveuse; un mot sur un nouveau traitement de cette affection; par *Petel*. 259
— De la cautérisation appliquée à son traitement. 261
Ténia. Réflexions tirées de 206 observations de cette parasite; par le professeur *Wawruch*. 262
Testament; *aliénation*. 400
Thérapeutique morale (Essai de); par M. *Réveillé-Parise*. 22-471
Toux convulsive. De l'emploi du gui de chêne dans le traitement de cette maladie. 264
Travail de l'accouchement; soins que réclame la femme à cette époque; par M. *P. Dubois*. 57
Tumeurs abdominales. Recherches pratiques de Bright. 455
— — Mémoire sur leur traitement; par *Bérard*. 503
— — (des) du petit bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin ; par *Hippolyte Bourdon*. 279

U.

Urine; sur son séjour forcé dans la vessie; par M. *Civiale*. 317
Utérus bicorne; observation suivie de quelques considérations physiologiques; par M. *Dumas*. 216

V.

Vers vésiculaires de l'encéphale. 438
Version. Note sur une nouvelle manœuvre applicable à quelques cas; par *Godefroy*. 481
Vision. Nouveaux aperçus sur la physiologie et quelques phénomènes remarquables de la vision ; par *Wheatstone*. 419
Vomissements d'urine, observés à l'infirmerie royale d'Edimbourg; par le docteur *Holliday Douglas*. 272
Vulve. Sur l'inflammation des follicules muqueux de cet organe et sur son traitement; par M. *Alph. Robert*. 65